



Officiellt Organ för  
Svensk Förening för  
Anestesi och Intensivvård

Volym 31  
Nr 4 • november 2025

# SFAI

tidningen



**Missade du SFAI & Anlva-veckan? Läs allt här!**  
**Mödramortalitet i Sverige 2024**  
**Flera nya SFAI-riktlinjer publicerade**





# SFAI-tidningen

Officiellt organ för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård  
Volym 31, nummer 4-2025

**Adress:** SFAI-tidningen  
c/o Malmö Kongressbyrå  
Norra Vallgatan 16  
211 25 Malmö

**Grundare:** Rolf Sandin, Kalmar  
Tidningen grundades 1995.

**Ansvarig utgivare:** Karin Löwhagen

**Redaktör:** Karolina Persson  
tidningen@sfa.se  
Telefon: 0709-56 87 11

**Prenumeration:** Genom medlemskap i SFAI

**Annonspriser och annonsmaterial:**  
Kontakta Lotta Ahlbertz lotta@mkon.se  
samt skicka högupplöst PDF på ert material.

**Layout:**  
Marita Malmgren – Originalaren, Malmö

**Tryck:** Grafiska Gruppen, Malmö  
Tryckeri och papper uppfyller  
kriterierna för Svanen-märkning.



**Nästa nummer utkommer februari 2026.**  
Bidrag och redaktionella annonser skall  
vara redaktionen tillhanda 12 januari.  
Fyra nummer utkommer årligen:  
februari, april, september och november.

**SFAI:s hemsida finns på [www.sfa.se](http://www.sfa.se)**



## Innehåll i nr 4-2025

SFAI:s delföreningar med mera .....	omslag insida
SFAI:s kanslifunktion .....	omslag insida
Nya medlemmar .....	2
Ordföranden har ordet .....	3
Digitalt museum på SFAI:s hemsida .....	5
Maternella dödsfall i Sverige under 2024 .....	6
Senaste nytt från SFAI:s riktlinjegrupp! .....	11
NYA - chans till internationellt utbyte .....	12
NYA:s utbyte, erfarenheter från Ålesund .....	13
Vi fattar – det är svårt! .....	25
SFAI:s styrelse .....	28

### SFAI & Anlva-veckan

SFAI:s pedagogiska pris 2025 .....	14
Häng med SYA på SFAI & Anlva-veckan! .....	15
Rapport från möte för ST-studierektorer och ST-chefer .....	16
Möte för chefer och ledare .....	17
Vad gjorde ETOS under SFAI & Anlva-veckan i Norrköping? .....	18
Förändringar i ETOS styrelse – vi välkomnar nya ledamöter! .....	19
SYA:s symposium - Civility saves lives .....	20
Hört & Hänt .....	22
Välkomna till SFAI & Anlva-veckan 2026 i Stockholm! .....	24

### Aktuell forskning

Koncentrationsbestämning av betalaktamantibiotika inom intensivvården .....	28
--	----

## Kurser, möten, inbjudningar m.m.

SSAI Congress .....	4
SYAs kursdagar 2026 .....	10
Göteborgskursen - obstetrisk anestesi .....	10
Grundläggande Intensivvårdskurs .....	10
Hjärtsviktsdagen .....	10
TAASK-EXPRESS .....	21
TAASK-MASTERCLASS .....	21
ST kurs i Ventilatorbehandling .....	29
Traumaresuscitering .....	29
Hur det verkligen fungerar .....	30
SFOAI Vårmöte 2026 .....	30
SSAI 2026 .....	30
Kurs i thoraxanestesi och intensivvård .....	30
Kalendarium .....	27

# SFAI:s delföreningar med mera

## **Svensk Förening för Anestesi – SFAne**

Anders Silfver, ordförande  
Sundsvalls sjukhus,  
[anders.silfver@rvn.se](mailto:anders.silfver@rvn.se)

## **Svensk Förening för Obstetrisk Anestesi och Intensivvård – SFOAI**

Susanne Ledin Eriksson, ordförande  
Anestesikliniken Gävle sjukhus  
Tel: 026-15 40 83  
[susanne.ledin-eriksson@lg.se](mailto:susanne.ledin-eriksson@lg.se)

## **SFAI:s delförening för operationsledning**

Helena Krook, ordförande  
Anestesi- och Intensivvårdskliniken  
Vrinnevisjukhuset, Norrköping  
Tel: 072-515 05 60  
[helena.krook@regionostergotland.se](mailto:helena.krook@regionostergotland.se)

## **SFAI:s delförening för undervisning och forskning – SFAI-UF**

Jessica Kåhlin, ordförande  
Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI),  
Karolinska Universitetssjukhuset Solna  
Tel: 070-729 54 56  
[jessica.kahlin@regionstockholm.se](mailto:jessica.kahlin@regionstockholm.se)

## **Svensk Förening för Regionalanestesi – SFRA**

Christian Bergek, ordförande  
AnOpIVA Drottning Silvias Barn- och  
Ungdomssjukhus, Göteborg  
Tel: 0709-94 00 52  
[cbergek@gmail.com](mailto:cbergek@gmail.com)

## **Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård vid ÖNH- och Plastikkirurgi – SFAIÖP**

Jonas Graf, ordförande  
ANOPIVA US Linköping  
[Jonas.Graf@regionostergotland.se](mailto:Jonas.Graf@regionostergotland.se)

## **Delföreningen för etik inom SFAI – ETOS**

Eva Hannerz Schmidtke, ordförande,  
AnOpIVA, Akademiska Sjukhuset Uppsala  
[eva.schmidtke@akademiska.se](mailto:eva.schmidtke@akademiska.se)

## **Svensk Förening för Barnanestesi och Barnintensivvård – SFBABI**

Tomas Luther, ordförande  
Akademiska Sjukhuset, Uppsala  
[tomas.luther@surgsci.uu.se](mailto:tomas.luther@surgsci.uu.se)

## **Svensk Förening för Läkare inom Prehospital Akutsjukvård – SFLPA**

Denise Bäckström, ordförande  
[denise.backstrom@gmail.com](mailto:denise.backstrom@gmail.com)

## **Sveriges Ledningsansvariga Ambulansläkare i Samverkan - SLAS**

Annika Åström Victorén, ordförande  
Region Jönköpings län  
[annika.astrom.victoren@rjl.se](mailto:annika.astrom.victoren@rjl.se)

## **Svensk Förening för Thoraxanestesi och -intensivvård – SFTAI**

Tor Damen, ordförande  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg  
Tel: 031-342 78 73  
[tor.damen@vgregion.se](mailto:tor.damen@vgregion.se)

## **Svenska Intensivvårdssällskapet – SIS**

Björn Bark, ordförande  
Skånes Universitetssjukhus, Lund  
[bjorn.bark@skane.se](mailto:bjorn.bark@skane.se)

## **Svensk Förening för Postoperativ Vård – SPO**

Edit Herczeghne, ordförande  
Akademiska Sjukhuset Uppsala  
[edit.herczeghne@gmail.com](mailto:edit.herczeghne@gmail.com)

## **SFAI:s delförening för Hyperbarmedicin**

Nicklas Oscarsson, ordförande  
Sahlgrenska sjukhuset (Östra), Göteborg,  
[nicklas.oscarsson@vgregion.se](mailto:nicklas.oscarsson@vgregion.se)

## **SYA (tidigare Ung i SFAI)**

Emelie Dickman Kahm, ordförande  
Karolinska universitetssjukhuset Solna  
ST-läkare,  
[emelie.dickman-kahm@regionstockholm.se](mailto:emelie.dickman-kahm@regionstockholm.se)

## **KVAST (KVALitetssäkring av ST)**

Marco Schuster, ordförande  
[marco.schuster@capio.se](mailto:marco.schuster@capio.se)

## **Associerad: Svenska Intensivvårdsregistret – SIR**

Johnny Hillgren, ordförande  
[johnny.hillgren@icuregsw.se](mailto:johnny.hillgren@icuregsw.se)

## **Associerad: Svenskt Perioperativt Register – SPOR**

Bengt Cederlund, registerhållare  
Anestesikliniken, Södertälje Sjukhus  
Tel: 08-550 252 02  
[bengt.cederlund@sll.se](mailto:bengt.cederlund@sll.se)

## **Svensk Förening för Ultraljud i Anestesi och Intensivvård – SFULAI**

Morten Strinnholm, ordförande,  
Kungälvss sjukhus,  
[morten.strinnholm@vgregion.se](mailto:morten.strinnholm@vgregion.se)

KOM IHÅG!

Glöm inte skicka in ändringar till redaktionen!  
[tidningen@sfa.se](mailto:tidningen@sfa.se)

SFAI:s kanslifunktion



**mkon**  
We are super awesome [www.mkon.se](http://www.mkon.se)

SFAI:s kanslifunktion köps från **MKON**.

Kontakta kansliet om du vill anmäla adressändring, har frågor om medlemsavgift etc.

MKON anlitas även för den årliga SFAI-veckan.

Kontaktuppgifter:

Telefon: **040-25 85 50**

E-post: [kansli@sfa.se](mailto:kansli@sfa.se)

Leia Fernandes: [Leia@mkon.se](mailto:Leia@mkon.se)

För mer information om MKON,

se: [www.mkon.se](http://www.mkon.se) eller

[www.malmokongressbyra.se](http://www.malmokongressbyra.se)

*Leia Fernandes, Lotta Ahlbertz & Hilda Ståhl*



# Nytt verksamhetsår med fokus på livslångt lärande, miljö och mycket annat!

Av Karin Löwhagen, Ordf. i SFAI, Med Dr, Överläkare, Verksamhetschef Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal, karin.lowhagen@vgregion.se

*Det är med stor glädje jag nu börjar mitt andra verksamhetsår som ordförande för SFAI och jag skall göra mitt yttersta för att förvalta förtroendet väl. Det är fantastiskt roligt och ett privilegium att få arbeta med frågor som rakt igenom är relevanta för anesthesi- och intensivvårdsläkare och därmed för anesthesi- och intensivvårds-Sverige.*

SFAI & AnIva-veckan i Norrköping blev oerhört lyckad med stort deltagarantal och ett väldigt uppskattat vetenskapligt program. Ett stort arbete av den lokala organisationskommittén som tillsammans med oss i SFAI och AnIva och kongressbyrån MKON fick till en smärre succé. Något som var extra roligt var den föreläsning för allmänheten som hölls, och som handlade om intensivvård. Det är första gången som vi har en öppen föreläsning för allmänheten. Konceptet återkommer nästa år, när vi ser fram emot kongress i Stockholm, och observera att då blir det vecka 39 (!).

SFAI:s nya styrelse har just avslutat sitt höstinternat där vi sågs under tre dagar för intensivt arbete och där vi bland annat har beslutat om SFAI:s fokusområden för verksamhetsåret 2025/2026. Dessa tre kommer att vara *Kloka Kliniska Val*, *Den åldrande befolkningen* samt sist men inte minst *Det livslånga lärandet*. Jag vill gärna stanna kort vid dessa för att säga något om vart och ett av dem. När det gäller *Kloka Kliniska Val* har vi haft det som fokus även det gångna verksamhetsåret och många av er har hjälpt oss samla goda exempel, vilka ni nu hittar på SFAI:s hemsida, men vi ser ett behov av att fortsätta paketera det bättre och verka för en bredare implementering.

*Den åldrande befolkningen*, det kan låta som ett brett fokusområde, men vi menar att vi som specialitetsförening måste vara med och påverka när det

gäller de vägval som kan behöva göras inför den demografiska utveckling vi står inför på bara några års sikt. Att vi behöver ta hänsyn till att en stor del av befolkningen kommer att vara äldre och att vi som människor lever längre. Hur ska vi dimensionera intensivvård och operationskapacitet, vilka patienter skall få de allra mest exklusiva behandlingarna som operations- och intensivvård innebär? Vi behöver bland annat ta våra register till hjälp och se om vi ger mer intensivvård till äldre nu när patienter är starkare längre upp i åldrarna och sannolikt kan vara hjälpta av intensivvård även som äldre. Vi vet att gränserna för vid vilken ålder det kan vara aktuellt och gynnsamt med operationer har förflyttats uppåt bara de senaste tio åren. Hur ser vår kapacitet ut för att klara detta? Vi behöver vara med och belysa, presentera fakta och diskutera dessa frågor.

Det tredje fokusområdet, *Det livslånga lärandet*, är oerhört aktuellt i en tid när medarbetare på vissa sjukhus verkar få allt mindre tid för fortbildning. SFAI:s utbildningspolicy behöver nog bli mer känd och vi behöver belysa både utbildnings- och fortbildningsfrågor så att vi verkar för att våra medlemmar kan upprätthålla kompetens och erövra ny kompetens. Vill du vara med och engagera dig i något av våra fokusområden, hör gärna av dig!

I tillägg till SFAI:s tre nya fokusområden, har vi också önskan att ta ett grepp om klimat- och miljöfrågan, dvs hur kan vi minska klimatavtryck inom operations- och intensivvården? Vi har för avsikt att tillsätta en arbetsgrupp och om du är intresserad av att vara med, tveka inte att höra av dig till [styrelsen@sfai.se](mailto:styrelsen@sfai.se). Vår förhoppning är att det kan bli ett samarbete med RfAnIva, RfOp och dessutom med specialitetsföreningar för opererande specialiteter.

Ordföranden  
har ordet



Karin Löwhagen

Vi efterlyser också dig *narkosläkare med IT-intresse*, och som skulle tycka det vore kul att engagera dig i styrelsearbete. Mer specifikt behöver vi tänka nytt och modernt kring SFAI:s hemsida, som är otroligt välbesökt men som nu behöver ett lyft avseende utformning/uppbyggnad. Om du dessutom är intresserad av sociala medier och kommunikation i övrigt är det ett plus, men inget krav. Om du är ST-läkare eller specialist spelar ingen roll, men vi vill att du precis som vi, vill vara med och förbättra för anesthesi- och IVA-läkare i Sverige och för vår specialitet. Tveka inte att höra av dig till [styrelsen@sfai.se](mailto:styrelsen@sfai.se).

”

VILL DU VARA MED  
OCH ENGAGERA DIG  
I NÅGOT AV VÅRA  
FOKUSOMRÅDEN,  
HÖR GÄRNA AV DIG!”

Jag skulle slutligen vilja slå ett slag för *Operations- och Intensivvårdsfonden*. Uppmuntra alla du känner som kan tänkas ha möjlighet att skänka en slant för forskning inom anesthesi och intensivvård. Fonden är fortfarande ny, men nu finns ett 90-konto knutet till den och vi kommer att satsa på att sprida information om fonden. Tack för att du hjälper oss.

Snart kommer utlysningen av 2026 års stipendier, håll utkik, det kommer att vara flera stipendier som utlyses. ■

*Med önskan om en fortsatt fin höst och vinter!*

# Vi hälsar följande nya medlemmar välkomna till SFAI:

**Elin Jennebo**

*elinjennebo@gmail.com*  
Region Örebro Län

**Elias Marklund**

*elias.marklund@regionvasterbotten.se*

**Sixten Melander**

*sixten.melander@gmail.com*  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,-  
Göteborg

**Markus Aurell**

*aurell94@live.se*  
Hallands Sjukhus, Halmstad

**Stefan Grass**

*stegra@me.com*  
Karolinska Universitetssjukhuset  
Huddinge, Stockholm

**Anna Gradin**

*anna.gradin@akademiska.se*  
Akademiska sjukhuset, Uppsala

**Carina Magnusson**

*carina.magnusson@rjl.se*  
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

**Efstathia Liatsou**

*fayliatsou1@gmail.com*  
Sahlgrenska Universitetssjukhus/  
bastjänstgöring

**Klas Linderholm**

*klas.linderholm@regionstockholm.se*  
AISAB

**Johanna Persson**

*jmcpersson@gmail.com*  
Helsingborgs lasarett

**Julius Trusch**

*julius.trusch@regionvarmland.se* Cen-  
tralsjukhuset Karlstad

**Tatjana Dill**

*tatjanadill@yahoo.com*  
University Hospital Zurich,  
Switzerland

**Lejla Hajdarevic**

*lejla\_ha@hotmail.com*  
NU-sjukvården

**Lisa Sörqvist**

*lisa.sorqvist@vgregion.se*  
NÄL, Trollhättan

**Per Nilsson Englund**

*pernilssonenglund@gmail.com*  
Drottning Silvias Barn-  
och ungdomssjukhus, Göteborg

**Agneta Sjöholm Olsson**

*sjoholmolsson@gmail.com*  
Hallands sjukhus, Halmstad

**Lovisa Reutherborg**

*lovisa.reutherborg@regiondalarna.se*  
Falun lasarett, Falun

**Atefeh Shahroudi**

*atefeh.shahroudi@regionkalmar.se*  
Länssjukhus Kalmar

**Jonatan Attergrim**

*jonatan.attergrim@gmail.com*  
Karolinska Sjukhuset Solna  
Stockholm

**Karl Svensson**

*karl.eap.svensson@gmail.com*  
Höglandssjukhuset i Eksjö



## The 2026 SSAI Congress

[www.ssai2026.is](http://www.ssai2026.is)

June 10-12 2026  
Harpa, Reykjavik

### Pre congress TAASK express courses June 9th and 10th

Simulation in anesthesiology emergencies

- This course is part of the SSAI Congress in Reykjavik
- All participants must first register for the SSAI Congress and choose TAASK Express as an optional extra - payment is via the congress website
- If registration for the congress has not yet opened, you can reserve your course place provided that you complete your registration for the congress by the 5th of January 2026

- Course registration
- Course information

[portal.sfai.se/TAASK90](http://portal.sfai.se/TAASK90)  
[en.taask.info](http://en.taask.info)





# Digitalt museum på SFAI:s hemsida!

Av Fredrik Hammarskjöld, överläkare, docent, Jönköping, ledamot i SFAI:s styrelse, fredrik.hammar skjold@rjl.se

*Sveriges anesthesiologiska historia är i jämförelse med många andra specialiteter ganska kort. Det stora genombrottet kom i början av 1940-talet då Torsten Gordh hade varit och utbildat sig till anesthesiolog i USA och startade upp anesthesiologisk verksamhet på Karolinska sjukhuset. Resten är – som det heter – historia och utvecklingen på dessa 90-tal år har varit helt fantastiskt. Vi är nu närmare 2000 narkosläkare och delaktiga i väldigt många av världens olika verksamheter.*

Torsten Gordhs son, Torsten E Gordh kontaktade i våras SFAI:s styrelse med en förfrågan om att starta upp ett digitalt anesthesiologiskt museum på SFAI:s hemsida. Styrelsen ser det som en mycket viktig uppgift att bevara all den kunskap som finns om anestesis utveckling och dess utövare. Styrelsen har därför startat en arbetsgrupp med självutnämnda anesthesiologiska amatörhistoriker. Arbetsgruppen består förutom Torsten E Gordh av Marin

Holmer, Gunilla Islander och under-tecknad (sammankallade).

Eftersom ingen av de första pionjerna längre finns i livet är vårt mål att samla in material som belyser svensk anesthesiologisk historia. Preliminärt kommer vi på hemsidan bygga upp olika rubriker, exempelvis SFAI:s historia, olika klinikers utveckling, medicinsk teknik, akademisk historia, kvinnliga anesthesiologer, utbildning, persongalleri etcetera. Vi hoppas kunna lägga ut material i såväl text, bild, film och ljudfiler.

Vi tror att det finns väldigt mycket material som är värt att publicera och kommer förhoppningsvis under våren 2026 kunna visa upp en första version som vi senare tänker successivt ska byggas på. Alla SFAI-medlemmar är välkomna att ta kontakt med Museigruppen för att skicka in material eller delta i själva arbetet. Vi kommer efterhand publicera vår progress i SFAI-tidningen. ■



Torsten Gordh 1967.



*I samband med sin pensionering 1974 demonstrerade Torsten Gordh öppen eternarkos. De flesta yngre medarbetare på KS hade aldrig sett detta utföras. Patienten var en yngre man som opererades för appendicit.*



*En ny specialitet skall införas. Foto från 1943.*



*I dessa skor tog svensk anesthesiologi sina första steg.*

Vår specialitets historia må vara relativt kort, men inte desto mindre händelserik. Alla bilder från SFAI-tidningen nr 2 2009.

# Maternella dödsfall i

Författare: MM-ARG genom Sofie Arvidsson, barnmorska Region Jönköping och Charlotte Lindblad Wollmann, överläkare Karolinska universitetssjukhuset, Solna. Kontaktuppgifter: sofie.arvidsson@rjl.se, charlotte.lindblad-wollmann@regionstockholm.se

Globalt sett var det genomsnittliga antalet dödsfall bland gravida och födande i världen 197 per 100 000 levande födlsar under 2023 (tom 42 dagar postpartum). Majoriteten av alla dödsfall skedde i Afrika, söder om Sahara. I Sverige var siffran samma år 4 per 100 000 levande födlsar. Ungefär 260 000 kvinnor dog på grund av graviditets- eller förlossningsrelaterade orsaker. De vanligaste komplikationerna, som står för 75% av alla dödsfall, är allvarlig blödning, infektion, blodtryckssjukdomar, komplikationer i samband med förlossning och osäkra aborter.

## Definitioner:

- **Mödradödlighet** - död under graviditet eller inom 42 dagar postpartum, oavsett graviditetens längd och plats, av någon orsak som är relaterad till eller förvärrad av graviditeten eller dess hantering, men inte av olyckshändelser eller tillfälliga orsaker.
- **Sena maternella dödsfall** - inträffar 42–365 dagar postpartum. Sena dödsfall ingår inte i internationella jämförelser.
- **Direkt mödradödsfall** - orsakas av en graviditets- eller förlossningskomplikation.
- **Indirekt mödradödsfall** - orsakas av en sjukdom som förvärras av de fysiologiska förändringar som sker under graviditeten, alternativt att diagnos och/eller behandling har fördröjts på grund av graviditeten.
- **Tillfälligt sammanträffande dödsfall** - dödsorsaken har inte samband med graviditeten. Dessa ingår inte i internationella jämförelser.

MM-ARG är en arbetsgrupp inom SFOG som består av obstetriker, barnmorskor och anestesiläkare. Vi granskar och analyserar de fall av maternell död i Sverige som rapporteras till oss under året. Vår granskning ersätter inte lokala händelseanalyser eller

”

VID HJÄRTSVIKT UNDER GRAVIDITET SKALL ETT TEAM MED EXPERTKUNSKAP OM HJÄRTSJUKDOM UNDER GRAVIDITET ANSVARA FÖR VÅRDEN.”

I VO-granskningar utan är ett komplement till dessa. Syftet är att dra lärdomar av dödsfallen och sprida kunskap inom våra professioner för att på sätt minska risken att det händer igen. Vi är väl medvetna om att komplexa och pressande, ofta akuta situationer föreläggat vid dödsfallen och vårt mål är att presentera dessa tragiska fall med full respekt för anhöriga och inblandad personal.

De senaste decennierna har 5–8 kvinnor per år avlidit i anslutning till sin graviditet i Sverige (inklusive sena och tillfälliga dödsfall). Här följer en sammanfattning av de maternella dödsfall som skett under 2024 och som kommit till MM-ARG:s kännedom. Sammanfattningen är ämnad för professionen. Önskar du återge texten i annat sammanhang är du välkommen att kontakta MM-ARG före publicering.

## Hjärtsjukdom

En 35-årig omföderska med ett tidigare akut kejsarsnitt efter induktionsförsök pga preeklampsi (PE). I bakgrunden fanns även typ 1 diabetes mellitus, fetma (BMI 42), gastric-by-passoperation, psykisk ohälsa, astma och upprepade urinvägsinfektioner inklusive pyelonefrit. Under aktuell graviditet i v. 30 utvecklade hon återigen PE och vårdades ineliggande pga andnöd och låg syresättning. Utredning ute-

slöt lungemboli och bedömdes som en lätt hjärtsvikt orsakad av PE varpå hon efter tre dagars vård flyttades till universitetssjukhus. Där avskrevs diagnosen PE men bedömdes som måttlig hjärtsvikt med LVEF 35–40%. Hon fick fortsatt behandling med Trandate, Furix och Spironolakton. Efter 13 dagars vård på universitetssjukhuset och insatt behandling för lunginflammation, UVI, nydebuterad hjärtsvikt och lungödem bedömdes patienten fortsatt ha måttligt nedsatt vänsterkammarmarkfunktion, men vara kliniskt stabil och planerades för flytt tillbaka till hemortssjukhuset för fortsatt vård. I taxin tillbaka till hemortssjukhuset blev patienten tungandad och chauffören vände tillbaka till universitetssjukhusets akutmottagning. Förloppet övergick snabbt i ett hjärtstopp. HLR och ett perimortem sectio utfördes inom 5 min på akutmottagningen, ett levande prematurt barn föddes. HLR avbröts efter 37 min. Rättsmedicinsk obduktion kunde ej påvisa den omedelbara dödsorsaken.

## Kommentarer och lärdomar

Här råder en viss tveksamhet om diagnos. Vår grupp har enats om att fallet bedöms som ett indirekt maternellt dödsfall (hjärtsjukdom): Utifrån sjukdomsförloppet bedöms dödsorsaken i första hand vara en akut försämring av den kända hjärtsvikten, där tidigare sjuklighet (diabetes, astma, morbid fetma och preeklampsi) tillsammans med graviditeten sannolikt varit bidragande faktorer. Men vi har även rådfrågat vår motsvarighet i Norge där de bedömer fallet vara ett direkt maternellt dödsfall; klassisk peripartum kardiomyopati med tidig preeklampsi och hjärtsvikt.

Vid hjärtsvikt under graviditet skall ett team med expertkunskap om hjärtsjukdom under graviditet ansvara för vården. En LVEF <45 % klassificeras som WHO riskklass III med signifikant ökad risk för mödrarmortalitet och svår

# Sverige under 2024

*morbiditet. Multidisciplinära konferenser rekommenderas vid svåra sjukdomstillstånd och samsjuklighet under graviditeten. Den multidisciplinära bedömningen bör utmynna i a) en tydlig plan för den fortsatta vården, b) en planering gällande tidpunkt och plats för förlossning, c) tydliga rekommendationer gällande vilka försämringar som föranleder förändrad handläggning samt d) motivering till de ställningstaganden som gjorts.*

## **Hjärntumör**

En tidigare frisk omfödelska som var sjukskriven från graviditetsvecka 16 pga illamående, yrsel, huvudvärk samt bäckensmärta. Polikliniskt besök i v. 26+6 utfördes för bedömning och uppvätskning. Behandling med Lergigan avbröts pga trötthet och ostadighetskänsla (kände sig alkoholpåverkad). Symtomen upphörde och behandling med Ondansetron påbörjades. Hon

återkom i v. 27+2 med kraftigt försämrat allmäntillstånd med huvudvärk, synpåverkan, yrsel, svårigheter att gå på egen hand, sluddrigt tal samt avvikande neurologiskt status. Hon remitterades till universitetssjukhus där utredning visade diffust medellinjegliom i hjärnstammen. Strålbehandling initierades och kejsarsnitt utfördes i v. 31+5. Hon avled 14 dagar postpartum.

## **Kommentarer och lärdomar**

*Bedöms som ett tillfälligt sammanträffande maternellt dödsfall.*

*Hyperemesis förekommer i graviditetsvecka 26 men är inte vanligt så sent i graviditeten. Viktigt att komma ihåg att vanliga symptom under graviditet ibland har en annan och ovanlig orsak. Det är bra att effekt av behandling dokumenterades och utvärderades. Vid neurologiska symptom konsulterades neurolog, snabb handläggning och diagnos erhöles.*

## **Mord**

En fysiskt frisk, ensamstående förstfödelska med i bakgrunden missbruk och utsatthet för våld, både självupplevt och i hennes omgivning. Aktuell graviditet var oplanerad och ambivalens till att fullfölja graviditeten fanns vid inskrivningen hos barnmorska i graviditetsvecka 12. Basprogram samt extra besök pga psykosocial riskgraviditet och förlossningsrädsla planerades till v. 20. Information om familjerätt gavs. Kvinnan hittades död i hemmet dagen efter inskrivningen. Barnafadern blev tidigt misstänkt och dömd till livstids fängelse för mord.

## **Kommentarer och lärdomar**

*Bedöms som tillfälligt sammanträffande maternellt dödsfall. Enligt protokoll från rättegången har graviditeten troligen provocerat förövaren till mord. Viktigt att alltid efterfråga och dokumentera våldsutsatthet.*



## E. Coli-sepsis

Frisk förstföderska med normal graviditet. Inkom pga värkar i v. 39+5. Hon bedömdes vara i latensfas och fick sovdos under natten. Tiden för vattenavgång var osäker, men bedömdes vara runt midnatt. Hon bedömdes vara i aktiv fas under förmiddagen, då utvecklades även feber och frossa. Intravenös antibiotika (Piperacillin-Tazobactam [Pip/Taz] 4 g/0,5) och Ringer-Acetat gavs omgående. Infektions- och koagulationsprover, elektrolytstatus och blododling togs (CRP 30, LPK 1,8, TPK 104). I samband med kräkningar registrerades bradykardi på CTG. Patienten blev hypoton och trots åtgärder skedde ingen effekt på blodtrycket. RLS 2. MIG-team tillkallades. Patienten fick konstant smärta i magen och blödde rikligt vaginalt, TPK 33, APTT 153. Teamet misstänkte sepsis, DIC samt placentaavlossning och utförde ett akut kejsarsnitt som beskrevs som extremt komplicerat. Uterus var atonisk, försök att applicera Bakri-kateter (atoni-kateter) misslyckades och Lynch-suturer utfördes, sammanlagd blödning på 1500 ml. Det bedömdes ha varit ett bra teamarbete med hög kompetens, därtill konsulterades universitetssjukhus. Massivt transfusionsprotokoll, upprepade kontroller med ROTEM och koagulationsprover utfördes. Sammanlagt erhöll patienten erythrocyter (10 st), plasma (9 st), trombocyter (11 st), fibrinogen (15 g), Oplex (protrombin-komplexkoncentrat, koagulationsfaktor II och IX), calcium, buffert och Novoseven (koagulationsfaktor VIIa). I samråd med infektionsläkare ersattes Pip/Taz med Meronem, Klindamycin samt Gensumycin. Överflytt till universitetssjukhus diskuterades och ECMO planerades, men patienten fick hjärtstillestånd och avled 6 timmar postpartum. Blododling visade växt av E. Coli.

### Kommentarer och lärdomar

*Bedöms som ett direkt maternellt dödsfall relaterat till urogenital sepsis. Sammanfattningsvis ett mycket snabbt insjuknande och snabbt agerande från vårdpersonalen.*

*I detta fall gav man tidigt antibiotika, använde det multidisciplinära teamet med avancerat hemostasomhändertagande. Det är viktigt att kliniken är förberedd på svåra sepsisfall, med tydliga rutiner. Det ska vara enkelt att göra*

*rätt, tex kan labbpaket och sepsiskorg underlätta och träning som inkluderar sepsis i teamet.*

### Grupp A Streptokock-sepsis

Detta var en frisk omföderska utan riskfaktorer med normal graviditet. I vecka 35+4 kontaktade kvinnan primärvården över telefon pga halsont utan feber. Hon erhöll råd om egenvård och symptomen avtog. I vecka 37+0 under natten insjuknade kvinnan i hög feber, diarré, buksmärta och andnöd. Hon sökte förlossningen påföljande morgon. Vid inkomsten på morgonen noterades O-NEWS 7 poäng (temp 38,8, blodtryck 105/50, puls 131/min, andningsfrekvens 42/min, syresättning 99 %. Intrauterin fosterdöd (IUFD) och sepsis konstateras av primär- och bakjour på obstetrik. Antibiotika, intravenös vätska, två PVK, standardprovtagning för IUFD samt sepsis ordinerades. Cefotaxim 2g, Metronidazol, Paracetamol och kristalloid vätska gavs. Kontakt med anes-

”

**NÄR EN FÖDANDE  
KVINNA ÄR KRITISKT  
SJUK BÖR FLYTT TILL  
IVA TROTS STUNDANDE  
FÖRLOSSNING  
ÖVERVÄGAS.”**

tesin övervägdes men effekt av insatta åtgärder avvaktades. Blodprover visade Hb 126, LPK 17,9, TPK 114, CRP 279, krea 126, alb 27, elstatus väsentligen u a. Venös blodgas visade pH 7,31, laktat 8,5, BE -16.

Drygt en timme senare var cervix retraherad och föregående fosterdel huvud ovan spinae. Amniotomi i värf förstärkande syfte utfördes och en förväntan om snar förlossning fanns. Blodtrycket var 71/51. En tredje liter kristalloid vätska gavs. BT steg till 110/67.

Två timmar efter inkomst var ffd på bäckenbotten, Oxytocininfusion ordinerades i värf förstärkande syfte. Patientens säte bedömdes vara blåmarmorat. BT 97/71, ytterligare en fjärde liter

vätska gavs. Drygt 2,5 h efter ankomst framföddes ett dödfött barn, placenta avgick efter 10 minuter, blödning 750 ml. Uterus bedömdes vara välkontraherad, Methergin ordinerades. Tappning av urinblåsan gav 70 ml koncentrerad urin, KAD med timdiures ordinerades. Syresättningen var 88 %. BT 72/50, puls 139, syresättning 91 % med två liter syrgas. Bakjour och anestesiläkare kontaktades.

En timme efter partus ankom patienten till IVA, patienten var tagen men pratbar, hade tilltagande perifer marmorering och omätbar puls. Intubation och CVK utfördes. Infektionsläkare ordinerade Meronem och Nebcina (Tobramycin). Vaginalt strep-A-snabbtest var positivt, varpå även Klindamycin gavs. pH var 6,95, laktat 15. På IVA erhöll patienten höga doser vasopressorer, inotropi och fortsatt vätskeinfusion samt natriumbikarbonat. ROTEM visade DIC-bild, koagulationsjour kontaktades. Patienten erhöll 2 g fibrinogen samt antitrombin. Inga pulsationer kunde ses med ultraljud varken i radialis- eller femoralisartären. Ingen artärnål kunde anläggas. Respiratorvård avslutades och patienten avled på eftermiddagen 7,5 h efter ankomst till sjukhuset. Blododlingar visade växt av Grupp A streptokocker. Obduktion av moder visade bild som vid sepsis med DIC, bakterier i tonsiller. Obduktion av foster gav ingen annan förklaring till IUFD än maternell sepsis.

### Kommentarer och lärdomar

*Det bedöms som ett direkt maternellt dödsfall relaterat till urogenital sepsis.*

*Patienten kontaktade primärvård 10 dagar innan insjuknandet då hon hade ont i halsen. Särskilda riktlinjer saknades nationellt och regionalt för när gravida med misstänkt GAS-infektion ska testas och vid behov behandlas. Efter att MM-ARG publicerat en debattartikel i läkartidningen publicerades följande replik från läkemedelsverket:*

*”Ett av huvudbudskapen i behandlingsrekommendationen för faryngotonsillit lyder: »Handläggning av patienter med immunsuppression eller med tidigare svår GAS-infektion bör ske med hög riskmedvetenhet och en lägre tröskel för såväl provtagning som antibiotikabehandling«. Gravida ingår i gruppen immunsupprimerade, och för att tydliggöra detta kommer vi att göra ett tillägg i behandlingsrekommendationen.”<sup>2</sup>*

Det snabba förloppet belyser återigen vikten av en förhöjd medvetenhet om sepsis samt av att ha en etablerad handlingsplan för sepsis inom förlossningsvården så att korrekta åtgärder vidtas när en sepsisdiagnos misstänks eller ställs. Avvikande blodprover talar för begynnande organsvikt. Särskilt vill vi lyfta att ett förhöjt laktat är ett prognostiskt dåligt tecken som kräver samråd och tydlig plan. Tydliga rutiner behövs för när vården ska eskaleras till att omfatta bakjour, anestesio-log och infektionsläkare. Att patienten drabbades av intrauterin fosterdöd och bedömdes snart föda är två omständigheter som kan leda till en försenad kontakt med det multidisciplinära teamet. När en födande kvinna är kritiskt sjuk bör flytt till IVA trots stundande förlossning övervägas. I det här fallet hade hysterektomi sannolikt inte ändrat utfallet, men vikten av "source control" (att eliminera infektionshärden) i samband med sepsis gör att sådana ingrepp kan behöva övervägas på vitalindikation.

#### Fostervattenemboli

En förstföderska med Addisons sjukdom där adekvat uppföljning och övervakning under graviditeten gjordes och förlossningsplanering fanns. I vecka 39+6 påbörjades induktion med Cytotec pga riskgraviditet. Solu-Cortef 50 mg gavs samt elektrolyter och vätskebalans kontrollerades var 6:e timma. Lätt hyponatremi (133) och hyperkalemi (4,6) konstaterades. Klockan 19:50 var cervix utplånad med en buktande hinnblåsa och hon flyttades till förlossningen. Klockan 22:40 var CTG patologiskt och efter amniotomi beslutades om omedelbart sectio. Barnet föddes kl 22:58 med APGAR 3-6-6 och en respiratorisk acidosis. Solu-Cortef 100 mg gavs perioperativt. Atoni av uterus konstaterades och förstärkt Oxytocindropp, Methergin och Prostinfenem gavs. Noterad blödningsmängd var 500 ml. Plötsligt blev patienten cirkulatorisk instabil, inotropa droger gavs, aortakompression utfördes. Bakjour anlände varpå Lynchsuturer och Bakri-ballong

<sup>2</sup> Sänk tröskeln för provtagning av gravida med misstänkt halsfluss – Läkartidningen, LMV: »Gravida ingår i gruppen immunsupprimerade« – Läkartidningen maj 2025

”

**ATT REGELBUNDET TRÄNA SVÅRA SITUATIONER I TEAMET SKAPAR BÄTTRE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT HANDLÄGGA AKUTA TILLSTÅND.”**

applicerades. Patienten fick ventrikelflimmer och hjärtkompressioner utfördes. Kärkirurg, kardiolog och anesestibakjour tillkallades. Teamet misstänkte fostervattenemboli. Total blödning 800 ml. Patienten fick åter normal cirkulation och var normotensiv när operation avslutades. Postoperativt var kalium 9 och patienten var acidotisk. I samband med transport mellan olika enheter inom universitetssjukhuset för planerad ECMO-vård, fick patienten återigen ventrikelflimmer och blodtrycksfall. Hjärtkompressioner/LUCAS och defibrillering utfördes. Tecken på multiorgansvikt och påverkad koagulation konstaterades. Blod, plasma, fibrinogen (4g) gavs. Blödning i ljumske tillkom vid försök att lägga in transducer

för ECMO. Bukomfånget tilltog och blödning misstänktes. Multidisciplinär diskussion genomfördes och beslut om subtotal hysterektomi togs. Patienten utvecklade DIC, intensiva åtgärder gav ingen effekt. Teamkonferens utfördes och beslut om avvecklandet av IVA-vård togs. Obduktionen visade intrakapillärt cytokeratinpositivt material förenligt med fostervattenemboli.

#### Kommentarer och lärdomar

Detta bedöms vara ett direkt maternellt dödsfall pga fostervattenemboli.

MM-ARG har i detta fall endast tillgång till en händelseanalys och utan fullständiga journaler är det omöjligt att göra en djupare analys av fallet. Det är viktigt att det vid allvarliga händelser utförs en strukturerad händelseanalys som innehåller bakomliggande faktorer, möjliga "felhändelser", förbättringsförslag och förslag på åtgärder.

Sammanfattningsvis vill vi belysa de viktigaste lärdomarna av dessa fall. Vikten av att snabbt samla det multidisciplinära teamet för sambedömning av komplexa situationer. Att kliniken har tydliga rutiner, förberedda "lådor" för akuta tillstånd, tex "sepsislåda", samt att regelbundet träna svåra situationer i teamet skapar bättre förutsättningar för att handlägga akuta tillstånd. ■



Svenska arbetsgruppen för mödrarmortalitet samlade för gemensamt arbete



SYAs kursdagar 2026

PV-nRT

# BASIC SCIENCE

Torra ingredienser blir klinisk magi

14-16 april 2026

Örebro



## Välkomna till Göteborg 4-7 maj 2026 "Göteborgskursen - obstetrisk anestesi"

ST-kurs i samarbete med SFAI och  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra



**Målgrupp:** ST-läkare och nyblivna specialister

**Delmål:** STa1, STa2, STa4, STa5, STb1, STc1, STc2, STc3, STc4, STc5, STc6, STc7, STc8, STc9, STc11, STc12, STc13

**Innehåll:**

- Förlossningens fysiologi, sjukdomar och komplikationer med anestesi och intensivvårdsmhändertagande.
- Simulatorövningar inkl neonatal resuscitering samt obstetriskt ultraljud.
- Presentation av eget patientfall.
- Kvällen den 5 maj åter vi middag på en bättre göteborgsk restaurang.

**Kursavgift**

- 12 000 kr + moms, inklusive kaffe, lunch och kursmiddag.
- För ej SFAI medlem: 13 000 kr + moms

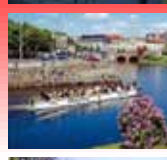
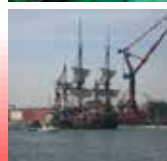
**Anmälan**

- Via SFAI kursportal, länk:
- <https://portal.sfai.se/ObstAnGBG2026/>
- Sista anmälningsdag 2026-02-01

**Kursledare:**

- Hannah Lafrenz, vårdenhetsöverläkare
- Anna Berlin, vårdenhetsöverläkare
- Niclas Carlberg, överläkare
- Ove Karlsson, överläkare

**Kontakt:** [ove.i.karlsson@vgregion.se](mailto:ove.i.karlsson@vgregion.se)



### GRUNDLÄGGANDE INTENSIVVÅRDSKURS



ST-kurs på Akademiska sjukhuset, Uppsala den 13 april – 16 april 2026

Kursens målsättning är att ge grundläggande kunskaper inom modern intensivvård. Interaktiva föreläsningar med genomgång av bakomliggande fysiologi, diagnostik och behandling varvas med diskussioner kring patientfall. Även etiska överväganden kommer att beröras. Fokus kommer att ligga på akut behandling av allvarlig andnings- och cirkulationssvikt inklusive septisk chock. Kursen omfattar delar av delmålen: SOFS 2015:8; B3, C1, C2, C4, C6, C9 och HSLF-FS 2021:8: STc1, STc2, STc4, STc6, STc9, STc13.

**Målgrupp:** För ST-läkare i början av, eller som ännu inte har påbörjat, sin specialistutbildning inom anesthesiologi. Intresserade från andra specialistutbildningar är också välkomna.

**Kursledare:** Sten Rubertsson, David Smekal samt Miklos Lipsecy.

Ansökan sker via SVPortalen: [https://portal.sfai.se/grundlaggande\\_2026/](https://portal.sfai.se/grundlaggande_2026/)

Sista ansökningsdag är den 31 december 2025. Ansökan är bindande!

Änge antal tjänstgöringsmånader inom anestesi- och intensivvård vid kursstart. Flest antal tjänstgöringsmånader är meriterande vid antagning.

Kursavgift preliminärt 12 000 kr ex moms för SFAI-medlem och 12 500 kr ex moms för övriga.

Kursadministratör: Katja Andersson, [katja.andersson@uu.se](mailto:katja.andersson@uu.se), Institutionen för kirurgiska vetenskaper, Akademiska sjukhuset, ing 70, 751 85 Uppsala, tfn 018-6112944



presenterar

# HJÄRTSVIKTSDAGEN

# 2025

## - Stockholm - 14 NOVEMBER

ÄVEN FÖR  
DIGITALA  
DELTAGARE





# Senaste nytt från SFAI:s riktlinjegrupp

Av Cecilia Sebghati Sparrfelt, ST-läkare Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Ledamot SFAI-styrelsen

**Arbetet med att uppdatera och utveckla SFAI:s riktlinjer fortskrider – och det händer mycket just nu! Under året har flera riktlinjer setts över och uppdaterats, och vi vill särskilt lyfta fram tre nya dokument som nyligen publicerats. Två av dem är helt nyskrivna, och ett – det kanske mest efterlängtade – har uppdaterats för första gången sedan 2011.**

Under SFAI & AnIva-veckan i Norrköping i september presenterades dessa tre riktlinjer av några av författarna. Intresset var stort – så stort att sittplatserna inte räckte till och tiden för frågor tog slut. Det tar vi med oss till nästa år: större sal och mer tid!

Riktlinjegruppen har också ny sammansättning och består nu av: Amanda Irgum Liljeström, Emma Larsson, Cecilia Sebghati Sparrfelt och Fredrik Hammarskjöld.

Vi planerar dessutom att hålla webinarier för våra medlemmar, där riktlinjerna kommer att presenteras och det finns möjlighet till frågor och diskussion. Först ut blir ett webinarium om Riktlinjer för neuraxiala blockader och antitrombotiska läkemedel (2025) den 24 november – premiären har alltså redan ägt rum när du läser det här, förhoppningsvis var du och dina kollegor med och lyssnade. Inbjudan och länkar till webinarerna kommer att skickas ut



**ARBETET MED ATT UPDATERA OCH UTVECKLA SFAI:S RIKTLINJER FORTSKRIDER – OCH DET HÄNDER MYCKET JUST NU!”**

via mejl till samtliga SFAI-medlemmar allteftersom nya datum bestäms.

Utöver det pågående uppdateringsarbetet arbetar riktlinjegruppen aktivt med att samla in kloka tankar och synpunkter från delföreningarna – som i första hand står för författandet av riktlinjerna – samt från våra medlemmar. Vi vill gärna höra era åsikter om hur vi bäst ska bedriva riktlinjearbetet framöver, vad målsättningen bör vara och vilka riktlinjer som bör finnas.

Har du tankar, frågor eller förslag? Vi välkomnar all återkoppling och engagemang!

Kontakta oss gärna på [riktlinjer@sfa.se](mailto:riktlinjer@sfa.se)

## DE TRE SENASTE RIKTLINJERNA ÄR:

### 1. Riktlinjer för neuraxiala blockader och antitrombotiska läkemedel (2025)

En efterlängtad uppdatering med flera viktiga förändringar i rekommendationerna jämfört med tidigare version. Vi rekommenderar varmt att läsa denna uppdaterade och kliniskt mycket relevanta riktlinje.

### 2. Perioperativ behandlingsbegränsning – ställningstagande till behandlingsstrategi avseende livsuppehållande behandling

En helt nyskriven och mycket viktig riktlinje framtagen av delföreningen ETOS. Den ger värdefull vägledning i ett område som berör oss alla i det perioperativa arbetet.

### 3. Grundläggande förutsättningar för att initiera och bedriva generell anestesi

Den tredje nyheten är resultatet av ett unikt samarbete mellan flera delföreningar – och för första gången någonsin har SFAI tagit fram en riktlinje tillsammans med Rf AnIva. Ett mycket roligt och värdefullt samarbete mellan anesthesi- och intensivvårdssjuksköterskor och läkare, som speglar hur vi arbetar i våra team varje dag.

 <b>Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård</b>	Riktlinje: Perioperativ behandlingsbegränsning: ställningstagande till behandlingsstrategi avseende livsuppehållande behandling 20250515
	Författare: Fredrik Hessulf, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal Helena Toss, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå Eva Hannerz Schmidtke, Akademiska sjukhuset Uppsala, Lars Marklund, Sunderby sjukhus.
	Ansvarig delförening: ETOS - Etikföreningen inom svensk förening för anestesi och intensivvård
	Antagen av SFAI:s styrelse augusti 2025
	Planerad revision 20280601
	Sökord Perioperativ, behandlingsbegränsning, behandlingsriktning.

Riktlinje perioperativa behandlingsbegränsningar

 <b>Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård</b>	Grundläggande förutsättningar för att initiera och bedriva generell anestesi: Organisatorisk riktlinje	 <b>Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård</b>
	Författare: Robert Larsen (SFLPA), Martin Jari (Rf AnIva), Cecilia Sebghati Sparrfelt (SFAI), Ilva Hannerz Schmidtke (ETOS), Jonas Berner (SFBAB), Jakob Walldén (SFAne) Martin Larsson (Rf AnIva)	
	Ansvarig delförening: SFLPA	
	Antagen av SFAI:s styrelse 2025-10-10	
	Planerad revision 2029	
	Sökord generell anestesi, anestesi-kompetens	

Riktlinje för grundläggande förutsättningar för att bedriva generell anestesi



# NYA – chans till internationellt utbyte för ST-läkare

Av Emeli Wolff, Specialistläkare Anestesiavdelningen Blekingesjukhuset och svensk representant i NYA:s styrelse, emeli.wolff@regionblekinge.se

*Hallå alla nyfikna och drivna ST-läkare som längtar efter äventyr! Drömmer du om att få komma utomlands under ST? Nordic Young Anaesthesiologists (NYA) är en del-förening till SSAI med uppdrag att främja utbytet mellan ST-läkare inom anesthesiologi och intensivvård i Norden. Föreningen anordnar symposier under SSAI-kongressen vartannat år och har regelbundna möten där representanter från de nordiska länderna diskuterar viktiga frågor kring ST. Dessutom erbjuder NYA årligen ett nordiskt utbyte.*

Årets viktigaste anmälan har precis öppnat – anmälan till The NYA Exchange Programme. Utbytet består av ett stipendium på 10.000 DKK (runt 1300 euro) som ska användas för att auskultera på en annan klinik inom Norden. Under 1–2 veckor får man en unik möjlighet att se hur arbetet är på ett annat sjukhus, i ett annat nordiskt land. NYA fördelar stipendierna samt förmedlar kontaktuppgifter till föreslagna vårdkliniker. Utbytet innebär en unik chans



till nya upplevelser och ett fördjupat lärande under din ST. Förra året delades fem stipendier ut, under 2026 kommer detta utökas till sex stipendier.

#### Hur söker man?

För att kunna söka utbytet ska man vara ST-läkare inom anesthesiologi och intensivvård, vara medlem i SYA/SFAI (eller någon av de andra nordiska föreningarna beroende på var man bor och jobbar) samt ha möjlighet att genomföra utbytet innan avslutad ST och någon gång under 2026.

Anmälan öppnar inom kort – läs mer på SSAI:s hemsida ([www.ssai.info](http://www.ssai.info)) alternativt spana in NYA på sociala medier (nordicnya på instagram). Deadline för att skicka in sin ansökan är den 14 december. Om du har några frågor är det bara att skicka iväg ett mejl till någon av oss!

**Miss inte att få in din ansökan!**

”

**UTBYTET INNEBÄR  
EN UNIK CHANS TILL  
NYA UPPLEVELSER  
OCH ETT FÖRDJUPAT  
LÄRANDE UNDER  
DIN ST.”**

**Manusstopp för SFAI-tidningen nr 1 2026 är**

**12 januari**

Glöm inte att skicka in material i god tid till: [tidningen@sfa.se](mailto:tidningen@sfa.se)





# Nordic Young Anesthesiologists Utbyte för ST-läkare

## – erfarenheter från Ålesund Sjukhus

Av Martin Johansson – ST-läkare anesthesi/intensivvård VO Barnkirurgi och Neonatalvård, SUS, Lund, martinoloferik@gmail.com

**Jag heter Martin och jag har varit på 2 veckors kliniskt utbyte på sjukhuset i Ålesund!**

Ungefär så började jag när jag berättade om min vistelse för hemmakliniken. Jag hade gjort en fin powerpoint med snygga bilder och tydliga budskap, ni skulle varit där!

Nog om det. Jag skriver här för att jag fick möjligheten att resa till vackra Ålesund för en två-veckors placering på deras anesthesi- och intensivvårdsklinik. Detta möjliggjordes tack vare NYA, Nordic Young Anesthesiologists som varje år ger ut ett stipendium sökbart för ST-läkare i Norden. Syftet är att facilitera utbyte mellan våra grannländer och vidga ST-läkarnas vyer!

Utan att ta upp hela ordbegränsningen så vill jag börja med att säga att Ålesund är en sådär löjligt vacker plats med natur som tagen från något wilderness-outdoor-influencers Instagramflöde.

Ålesunds sjukhus, om än inte lika vackert, är ett mellanstort Norskt sjukhus med ett upptagsområde på cirka 300 000 personer. Här huseras 6–8 IVA-platser, ett "C-OP"-golv och ett dagkirurgiskt operationsgolv. Det finns en preoperativ mottagning och en smärtmottagning. Utöver att arbeta på IVA och operation



Ålesunds sjukhus.  
Foto: Martin Johansson

”  
NÅGOT JAG  
PERSONLIGEN  
SAKNAR ÄR TID FÖR  
REFLEKTION ÖVER  
ENS YRKESROLL.”

så bemannar anestesiläkarna här också flygjour (för planerade transporter) och helikopterjour (för mer akuta ärenden men en hel del subakuta också).

Jag hade kunnat måla ut mer om de olika avdelningarna och placeringarna men jag tror att det lämpar sig bättre som en fråga att besvaras om så önskas, så hör av er! Det jag vill ägna mig åt här är att uppmuntra alla som funderar på ett internationellt kliniskt utbyte att ta chansen! Visst lärde jag mig en hel del nya medicinska sakkunskaper men framför allt gav dessa två veckor mig en insikt i vem jag är som narkosläkare, vad jag kan (och behöver öva mer på) och hur detta står sig i en annan kontext än min hemmaklinik.



Ålesund bjud på fantastiska naturupplevelser.  
Foto: Martin Johansson

Inom din komfortzon där hemma är det lätt att tugga på under sin ST. Vi går våra kurser och jourer och avancerar likt en linjär funktion mot specialist. Något jag personligen saknar är tid för reflektion över ens yrkesroll men framför allt hur denna appliceras på andra platser än hemma. Vi följer alla samma utbildningsplan men jag är övertygad om att vi utvecklas snabbare och bredare om vi får exponeras för nya miljöer. Jag vill också understryka hur himla trevligt det var att komma som gäst på ett nytt ställe! Jag blev mycket väl omhändertagen och fick bidra i kliniskt arbete och medicinska diskussioner på ett sätt som jag verkligen uppskattade.

Jag kom hem från mina två veckor i Ålesund med nya medicinska insikter men också med en personlig "boost" i min yrkesroll. Hemma är det mycket fokus på vad vi ska lära oss och hur vi blir specialister, att åka iväg ger perspektiv och för mig också ett kvitto på att jag kan en hel del och att detta också är applicerbart på annan ort.

Så ta chansen, åk till en ny plats och kom hem med fantastiska nya erfarenheter och kanske en lite rakare rygg och stärkt självförtroende i din yrkesroll!

Hoppas allt är bra med er! *Martin* ■



Narkosläkarna i Ålesund bemannar även flyg- och helikopterjour. Foto: Martin Johansson



# SFAI:s pedagogiska pris 2025

Av Emma Pontén, överläkare Uppsala, medlem i KVASt

Årets pristagare är Robin Lundén, och priset delades ut på SFAI & Anlva-veckan 2025. Robin har skapat sajten [internetanestesi.se](http://internetanestesi.se) där studenter och andra intresserade kan ta del av egenproducerade filmer som bland annat avhandlar grundläggande kunskaper inom anesthesiologi och intensivvård. Då han senare funnit ett uppdämt behov av procedurfilmer (ultraljudsledda blockader, CVK-inläggning med mera) skapades en engelskspråkig sajt, [interanest.org](http://interanest.org)

De filmer som publicerats utmärker sig genom att hålla en extremt bra film- och ljudkvalitet. Det finns även en Youtube-kanal där samtliga filmer samlats (<https://www.youtube.com/c/InterAnest/videos>) - den innehåller nu 220 filmer och den film som är populärast har setts mer än 7 miljoner gånger. Allt kostnadsfritt.

Nationellt har Robin bland annat spelat in föreläsningar från SFAI-mötet och lokalt har Robin bidragit genom att låna ut "föreläsningspedagogisk litteratur" till alla kollegor – med resultatet att klinikens presentationer förbättras. När det anordnas kurser ("Grundläggande



Robin Lundén, vinnare av SFAI:s pedagogiska pris 2025 Fotograf Daniel Bjarby

anestesi", "Barnanestesi" och så vidare) anmäler han sitt intresse att hjälpa till.

Robin är mycket skicklig avseende ultraljudsledda blockader och CVK-inläggningar – nu lär han med stor entusiasm ut sina förfinade tekniker till alla ST-läkare på kliniken.

Robins pedagogiska förmåga har spritt sig utanför landets gränser och han har också fått ordna CVK- och pleuradrän-workshops på universitetssjukhuset i Zürich samt återkommande på The Big Sick-kongressen i Zermatt.

Sammanfattningsvis har Robin med råge gjort sig förtjänt av SFAI:s pedagogiska pris! Stort grattis!

Den pedagogiska pristagaren utses, och priset delas ut, av KVASt på SFAI-mötet varje år. Alla SFAI:s medlemmar kan nominera värdiga personer. Kriterierna när pristagare utses är att insatserna ska följa rekommendationerna i KVASt:s Utbildningsbok, ha pågått konsekvent och med hög kvalitet under längre tid (minst några år) och insatserna ska komma många till godo, d.v.s. inte endast någon/några enstaka ST-läkare. Sittande medlemmar i KVASt kan inte utses till pristagare. ■

**KVASt PÅMINNER ALLA OM ATT TILL VÅREN KAN MAN NOMINERA NÄSTA ÅRS PRISTAGARE!**

## Operations- och intensivvårdsfonden har fått ett 90-konto!

Äntligen har Operations- och Intensivvårdsfonden fått ett 90-konto, och en egen hemsida, [operationsochintensivvardsfonden.se](http://operationsochintensivvardsfonden.se)

Innan alla praktiska detaljer är lösta är det fortfarande samma betalningsfunktioner som gäller som tidigare, men uppdateringar med det nya kontonumret kommer inom kort!

Hjälp oss stötta livsviktig forskning.  
Ge ett bidrag till Operations- och intensivvårdsfonden.



Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård



Foto: Frida Funemyr

**Emma överlevde brännskadan – inte utan anestesi och intensivvård**



# Häng med SYA på SFAI & Anlva-veckan!

Av Martina Steineck, ST-läkare Örebro, sekreterare i SYA, martinasteineck@hotmail.com

**För SYA innebar årets SFAI & Anlva-veckan fyra intensiva dagar av att både delta och hålla i föreläsningar, symposier och möten. Nedan följer en rapport från de punkter vi deltagit i. Vi vill även påminna om att boka in Hjärtsviktsdagen 14 november, samt tipsa om våra kursdagar 14–16 april 2026 – Basic science Hur torra ingredienser blir klinisk magi. Det vill du såklart inte missa, så håll utkik i SFAI-kalendariet!**

## Möte för studierektorer & ST-chefer

På tisdagen var SYA med på förmötet Struggling learners som hölls av KVASt för studierektorer och ST-chefer. Här diskuterades hur man kan identifiera och hjälpa ST-läkare som befaras att inte uppnå utbildningsmålen under utsatt tid för ST-tjänst. Det var ett interaktivt möte med fallbeskrivningar, diskussioner i små grupper och föreläsning från den erfarna HR-chefen Rigmor Anshelm. Data från USA visar att med rätt insatser i form av åtgärdsplan, uppföljning och byte av handledare i tid så möter 90% av ST-läkarna med olika brister sina mål för att bli specialist.

## SYA-symposium

Årets symposium ägde rum på torsdagsmorgonen med rubriken Dålig attityd dödar – Civility Saves Lives. Vi inledde med en ögonöppnande föreläsning av Dr Maria Clement, pediatrik anestesilog från Newcastle, England, och representant från föreningen Civility saves lives. Med stöd av forskning visade hon hur både den som utsätts för och den som bevittnar otrevligt beteende kan få sin kognitiva förmåga försämrade med upp till 60 procent. Dr Clement belyste hur bristande respekt i arbetsmiljön inte bara påverkar individen negativt, utan även ökar risken för misstag, försämrar teamdynamiken och försvårar inläringen – vilket vi ser som särskilt viktigt för oss ST-läkare.

Sedan följde en engagerande paneldiskussion där deltagarna samtalande om hur vi kan hantera negativa beteenden – både som åskådare och som utsatt individ. Budskapet var tydligt; vi har alla ett ansvar för att skapa en trygg, respektfull och stödjande arbetsmiljö. Små handlingar gör stor skillnad – ge en tumme upp, lyft varandras insatser, säg till om du har en känslig dag, och ta en paus om du riskerar att bemöta någon på ett okollegialt sätt.

Missade du detta grymma symposium som SYA anordnade? Du som kursdeltagare har möjlighet att ta del av både föreläsning och paneldiskussion online via MKON. Här intill kan du också se svaren på några av de många frågor som ställdes till dr Clement, men som inte hann besvaras under frågestunden – läs gärna dessa kloka råd om hur vi förbättrar förutsättningarna för både patienterna och oss själva, bara genom att visa respekt och vänlighet.

## SYA-kunskapsstafett

För andra året anordnade SYA en pedagogisk kunskapsstafett med 3x10 minuters föreläsningar. Här fick tre ST-läkare möjlighet att öva på sin pedagogiska framställning och få återkoppling på presentationstekniken med stöd av en tilldelad handledare. Här bjöds vi på "ROTEM på 10 min - Från kurva till beslut" av Sofie Eliasson Angelstig, ST-läkare från Stockholm som jämförde ROTEM-kurvorna med dricksglas, "Dykfysiologi" av Juuli Palmu, ST-läkare från Örebro som bjöd på en resa med Boyles, Dalton och Henry som dykare, samt "Den skenbara volymen – vad är Vd?" av Naima Kilhamn, ST-läkare Stockholm som kalkylerade Vd på SFAI & AnIVA-kongressen. Timmen avslutas med en föreläsning om presentationsteknik av överläkare Jonas Graf. Kunskapsstafetten var en mycket lärorik programpunkt, passa

på att anmäla ditt intresse som deltagare nästa år!

## SYA-pub

Stämningen var på topp under onsdagskvällen då SYA-puben tog över Knäppingen, och med över 200 deltagare slog vi rekord. Kvällen erbjöd härligt häng, med en spexig drinklista och god mat. Det var en chans för alla att mingla och slappna av efter en intensiv kongressdag. Utegården förvandlades till en levande mötesplats där kollegor från olika yrkeskategorier och generationer förde intressanta samtal in på småtimmarna.

## SFAI:s fortbildningsgrupp

SYA representerar både ST-läkare och specialister med upp till fem års erfarenhet och är därför en del av SFAI:s fortbildningsgrupp. Under veckan presenterades resultatet från årets enkät som kartlagt fortbildningsmöjligheter för specialister i anestesi och intensivvård i Sverige. Även den statliga utredningen om fortbildning för legitimerade vårdyrken lyftes fram och hur arbetet ser ut inom SSAI. Diskussionerna gav många värdefulla inspel och idéer för det fortsatta arbetet.

Sammanfattningsvis har veckan varit både rolig och givande. Vi blickar nu framåt och ser fram emot ytterligare ett år fyllt av lärorika evenemang. Vi ses nästa år i Stockholm! ■



Panel och moderatorer i SYA:s symposium Civility Saves Lives, med föreläsaren Maria Clement i mitten.



# Rapport från möte för ST-studierektorer och ST-chefer

Av Hanna Chin, överläkare och studierektor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, vice ordförande, KVASt hanna.chin@vgregion.se

**Hur kan vi bäst möta ST-läkare som är i behov av mer stöd under sin utbildning? Det var huvudfrågan när ST-studierektorer och chefer möttes i Norrköping under SFAI-veckan.**

Norrköping brukar beskrivas som spåravnarnas stad – men just den här veckan stod många vagnar stilla på grund av spårarbete. Tur då att deltagarna själva fick lysa upp staden – med energi, nyfikenhet och en imponerande vilja att dela erfarenheter. Med sina industriellt coola kvarter, röda tegelväggar och höstmys längs Strömmen blev staden en perfekt kuliss för årets studierektorsdag i Louis De Geer konsert- och kongresshall.

Efter välkomstorden från SFAI:s ordförande Karin Löwhagen och Anlva:s ordförande Lotta Johansson startade dagen med rubriken “Var ligger utmaningen – rekryteringen, utbildningen eller individen?”. Marco Schuster, Daniel Rigby och Isabell Woest tillsammans med representanter från SYA ledde samtalet. Frågan väckte många perspektiv och blev en bra grund för resten av dagen. Slutsatsen var att det inte finns något enkelt svar – utmaningarna finns i samspelet mellan alla tre.

Därefter tog KVASt:s ordförande Marco Schuster över och introducerade dagens huvudtema: “The struggling medical learner”. Han beskrev hur svårt det är att tidigt identifiera ST-läkare

som behöver extra stöd, och pekade på riskerna med omedvetna fördomar och bristande självinsikt. En modell för *remediation* presenterades, där reflektion, dokumentation och tydlig feedback är avgörande. Budskapet var tydligt och inspirerande: handledare är pedagoger, inte behandlare – och insatserna måste sättas in tidigt för att verkligen göra skillnad.

Den första falldiskussionen leddes av Maja Ångman, som beskrev ett hypotetiskt exempel där en ST-läkare uppfattades som ostrukturerad och där kollegiet involverades först i ett sent skede. Diskussionen väckte viktiga frågor – och också en känsla av gemensamt ansvar för att tidigt uppmärksamma signaler.

Därefter tog Rigmor Anshelm, HR-chef på St. Görans sjukhus, vid. Med tydlighet och energi talade hon om arbetsgivarens ansvar – både i rekrytering och

när svårigheter uppstår under utbildningen. Hon presenterade en praktisk lathund: dokumentera tidigt, ta flera samtal, involvera facket, skapa en handlingsplan och följ upp. Om inget hjälper återstår varning, omplacering eller i sista hand uppsägning. Hennes budskap var glasklart och samtidigt hoppfullt: chefsansvar är dubbelt – att ställa krav, men också att alltid stå för stöd.

Efter lunch följde ytterligare falldiskussioner, där flera hypotetiska exempel användes för att belysa olika typer av utmaningar. Lovisa Hasselberg berättade om en extern randning som fick avbrytas, där hemkliniken roll blev helt avgörande. Thomas Widmark beskrev ett fall där sjukdom och kvarstående besvär satte fokus på både motivation och arbetsförmåga.

Samtalen präglades av engagemang och öppenhet, både i salen och under de välbehövliga fikapauserna där korridorssnacket fortsatte.

Dagen rundades av med gemensam utvärdering innan deltagarna fick byta konferensstolar mot middagsbord. Kvällen på *Nous Bistro* bjöd på fördringar, skratt och fortsatta diskussioner i en mer avslappnad ton.

Sammanfattningsvis blev Norrköpingsdagen en inspirerande mix av teori, praktiska exempel och erfarenhetsutbyte. I centrum stod handledarens ansvar, vikten av tidiga insatser och betydelsen av att stötta de ST-läkare som kämpar mest. Med struktur, feedback och mod att agera kan vi tillsammans göra verklig skillnad – för läkaren, för teamet och i slutändan för patienterna.

*”Med struktur, feedback och mod att agera kan vi tillsammans göra verklig skillnad”*



KVASt-medlemmarna Thomas Widmark, Maja Ångman och Lovisa Hasselberg.



## Fortbildning temat på Möte för Chefer och Ledare

Av Fredrik Hammarskjöld, överläkare Jönköpings sjukhus, docent Linköpings universitet, ledamot SFAI:s styrelse, fredrik.hammar skjold@rjl.se

***Dagen innan SFAI & AnIva-veckans öppnande träffades traditionsenligt chefer och ledare inom anestesi och intensivvård tillsammans med representanter för SFAI:s och AnIva:s styrelser för ett möte, som denna gång huvudsakligen handlade om fortbildning.***

KVAST redogjorde för sin nuvarande verksamhet och berättade om sitt engagemang för utbildningsläkare som inte når upp till sina mål – *struggling medical learners*. Enligt studier från USA rör det sig om cirka 10 % av de som påbörjar en anesthesiutbildning. KVAST är också av uppfattningen att allt fler hoppar av sin ST-utbildning. Detta kan bero på flera faktorer såsom vem som rekryterar, vilka som rekryteras, avsaknad av strukturerad rekryteringsprocess och hur vi ska jämföra de sökande. Detta är svåra frågor som behöver arbetas med framöver. Förhoppningsvis kan problemet minskas med en trygg utbildningsmiljö där vi har kända mål, kompetenta handledare som ges tid för utbildning och kombinerar detta med ett patientsäkerhetsarbete.

”

**KVAST REDOGJORDE FÖR SIN NUVARANDE VERKSAMHET OCH BERÄTTADE OM SITT ENGAGEMANG FÖR UTBILDNINGSLÄKARE SOM INTE NÅR UPP TILL SINA MÅL – STRUGGLING MEDICAL LEARNERS.”**

AnIva redovisade en medarbetarenkät om vidareutbildning. Denna visade bland annat att den huvudsakliga kompetensutvecklingen sker via internutbildning. Vidare förefaller det finnas mycket oklarheter kring hur mycket vidareutbildning som egentligen behövs och vilken typ som är mest effektiv och, inte minst, hur kvalitetssäkras vår egen internutbildning. Vid förfrågan till de stora universitetssjukhusen om hur mycket utbildningstid som ges till enskilda medarbetare var det endast Sahlgrenska som kunde rapportera detta.

SFAI:s fortbildningsnätverk, på mötet representerade av Owain Thomas och Sanna Dahl, redogjorde för en fortbildningsenkät inom SFAI som bygger på 383 svar (av 1200 medlemmar). Denna visade på att många inte uppfattar att de får rätt fortbildning, väldigt få har en fastställd fortbildningsplan och cirka hälften har kännedom om att de har definierade fortbildningsanslag. Det var en mycket stor variation i rutiner och ekonomi för fortbildning och många visste inte hur det ligger till på den egna kliniken. Denna enkät kommer senare publiceras i studieform, så håll uppsikt.

Socialstyrelsen informerade om den kommande nationella handlingsplanen för donation. Detta är en omfattande publikation på 129 sidor och den kommer gälla fram till 2030 (<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/donation>).

Johan Bjarby, utbildningsansvarig på Södersjukhuset, redogjorde mycket inspirerande för hur han organiserat om och effektiviserat utbildning på den egna kliniken. Man har utan ökade kostnader fått en betydligt högre utbildningsgrad genom flera åtgärder, exempelvis externa/interna auskultationer, konferenser, externa kurser, externa

”

**DET VAR EN MYCKET STOR VARIATION I RUTINER OCH EKONOMI FÖR FORTBILDNING...”**

gäster, Faculty Fridays och utbildningsdagar. En stor del av framgången och effektiviteten ligger i Johans engagemang där han aktivt letar och erbjuder utbildning till kollegorna. Därefter följde en diskussion kring hur skapar vi en god klinikkultur som främjar fortbildning. Många kloka synpunkter framfördes.

Bijan Darvish, tillförordnad FoU-chef på funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI) Karolinska Universitetssjukhuset, presenterade den utredning som gjorts av Socialdepartementet som föreslår att fortbildning i vården stärks genom lagkrav för arbetsgivare och vårdpersonal.

Professorer Malin Jonsson Fagerlund, Sten Rubertsson och Miklos Lipcsey ansvarade för Akademipunkten och refererade professor nätverkets *Nationella Rekommendation för Forskning och Undervisning* samt SFAI-UF:s dokument *Ersättning vid forskning*. De presenterade också en kommande nyhet, nämligen Nationell Journal club, vilken kommer att dras igång i november, mer info kommer via SFAI:s digitala kommunikationskanaler. Fantastiskt glädjande!

Sist men inte minst utvärderades dagen och förslag på teman för kommande möten lades fram. ■



# Vad gjorde ETOS under SFAI & Anlva-veckan i Norrköping?

Av Eva Hannerz Schmidtke, Uppsala, ordförande i ETOS, ledamot i SFAI:s styrelse

**ETOS och Riksföreningen Anlva:s etiska råd samarrangerade för tredje året i rad ett välbesökt seminarium om aktuell forskning inom etik och anes-tesi och intensivvård.**

På forskningsseminariet vred den kliniska etiker Joar Björk på begreppet prioriteringar på IVA, kardiolog och Hippokratespristagare Kaja Heidenreich lyfte in etiken i sjukvårdens vardag. IVA-sjuksköterska Johanna Rosenqvist berättade om sitt doktorandprojekt som utforskar beröringens betydelse på IVA. Avslutningsvis berättade IVA-sjuksköterska Anna Drakenberg om sitt avhandlingsarbete där hon studerat närståendes upplevelser i samband med större kirurgiska ingrepp. Seminariet modererades av Fredrik Hessulf och Anna Slettmyr, som också ledde en frågestund där panelen delade med sig av tips till framtida forskare inom området.

Närmare 250 besökare deltog i ett uppskattat seminarium om behandlingsbegränsningar. Vi fortsatte med interaktiva fall, på liknande sätt som under förra årets möte i Helsingborg. Två fall, ett från intensivvård och ett från operationsverksamhet, diskuterades. Panelen och fallen skapades av medlemmar av ETOS och Anlva, och samtalet modererades av Helena Toss, ETOS. Matias Schindele; narkosläkare från Östersund, Hanna Sundblad; Etikrådet Anlva, Fredrik Hessulf; ETOS samt Anna Slettmyr; Etikrådet Anlva utgjorde panelen. Fokus låg på den komplexa beslutsprocessen kring behandlingsbegränsningar och hur teamet runt patienten kan samordna sina perspektiv på bästa sätt.

Torsdagen bjöd på lansering av flera nya riktlinjer. Bland annat presenterade Fredrik Hessulf, Eva Hannerz Schmidtke och Helena Toss SFAI:s riktlinje om perioperativa behandlingsbegränsningar. Den är resultatet av tre års arbete och ett omfattande remissarbete internt

och externt. I riktlinjen finns förslag på praktiska tillvägagångssätt för att identifiera patienter som kan vara aktuella för diskussion om behandlingsbegränsningar, samt olika checkpoints för att se till att ställningstagandet äger rum samt dokumenteras. Flera regioner planerar att integrera riktlinjen i sina rutiner framöver.

”**KLOKA KLINISKA VAL, KKV, HAR VARIT, OCH FORTSÄTTER ATT VARA, ETT FOKUSOMRÅDE FÖR SFAI.**”

Kloka Kliniska Val, KKV, har varit, och fortsätter att vara, ett fokusområde för SFAI. KKV rymmer många etiska perspektiv som vi ville belysa i ett seminarium som ägde rum på torsdag eftermiddag och leddes av Ulrika Östberg, verksamhetschef i Östersund, samt Cecilia Arfwedson och Eva Hannerz Schmidtke från ETOS. Hur ska vi använda våra ändligena resurser på bästa sätt? Hur har man arbetat med Choosing Wisely inom intensivvården i andra länder och hur kan vi arbeta med KKV i vår svenska kontext?

Minst 20 % av resurserna avsatta till sjukvård beräknas gå till spillo genom lågvärdevård (utan dokumenterad patienteffekt). Enligt *Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life* (Lancet 2022) spenderas uppemot en femtedel av den totala sjukvårdskostnaden under människors sista levnadsår. Risken att

anklagas för åldersdiskriminering kan leda till onödiga aktiviteter hos mycket gamla och sköra patienter. Vi i ETOS identifierar ”intensivvård som inte är till gagn för patienten”, och som kanske heller inte är i linje med patientens önskemål och värderingar, som ett av de områden där vi ibland kan göra bättre och klokare kliniska val genom att:

- Använda de bedömningsskalor som redan finns och har bäring på outcome, till exempel Clinical Frailty Scale
- Eftersträva kontinuitet både för IVA-läkare och patientansvariga läkare.
- Hitta sätt att kommunicera med patienter i ett tidigt skede (palliativ konsult och avsätta tid för samtal)
- Återkommande medicinsketiska diskussioner och reflektioner

Ett annat uppskattat inslag var årets upplaga av ”Lunch med en expert”, där Åsa Östlund – överläkare vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus och medlem i dess etiska råd – deltog. Samtalet kretsade kring etiska dilemman inom barnintensivvården.

*Har du idéer om vad vi skall fokusera på under nästa verksamhetsår?* Kontakta oss gärna, och bli medlem i ETOS. Medlemsavgiften för 2026 är 0 kronor. ■



Symposium om Kloka Kliniska Val.



# Förändringar i ETOS styrelse – vi välkomnar nya ledamöter!

Av Eva Hannerz Schmidtke, Uppsala, ordförande i ETOS, ledamot i SFAI:s styrelse

*I år lämnade två styrelsemedlemmar ETOS styrelse och vi fick två nya. Johan Petersson har varit med sedan starten och har varit ovärderlig med sin långa kliniska erfarenhet, kloka resonemang samt säkra navigering som kassör. Märit Halmin är en förebild för många av oss med sitt djupa engagemang för rättvis vård både nationellt och internationellt. Med henne i styrelsen har vi bland annat fördjupat oss inom området prioriteringar. Hon fortsätter som medlem i föreningen och kommer sannolikt att synas framöver inom ETOS aktiviteter.*

Kvar i styrelsen finns Helena Toss som vice ordförande, Fredrik Hessulf som sekreterare, Maria Ehlin Kolk och Cecilia Arfwedson som övriga ledamöter, och Eva Hannerz Schmidtke som ordförande. Vi får också två tillskott i styrelsen som vi välkomnar varmt, och de presenterar sig själva här medan.

## ELINA EINARSSON

Jag är 42 år gammal. Kommer ursprungligen från Östersund, men har nu bott i Örnsköldsvik i 15 år. Jag läste medicin på Karolinska i Stockholm och flyttade till Ö-vik för att göra AT. Blev kvar här efter att ha fått precis den ST jag ville ha. Var såklart mestadels i Ö-vik, men randade mig mycket i Umeå. Jag gillar att arbeta på ett litet sjukhus där jag känner de flesta och har ett finger med i spelet överallt. Etiska frågor har intresserat mig ända sedan grundutbildningen, även om jag inte har gjort något konkret av intresse förrän jag fick förfrågan att gå med i ETOS. Ser fram emot att få vara delaktig i arbetet framöver!



## MIKAEL YANG

Jag är 35 år gammal och jobbar på S:t Görans Sjukhus i Stockholm, först som AT, sen ST och nu som specialist sen 2 år tillbaka. Med åren har jag insett att jag är mer intresserad av etik än av tekniska detaljer. De mest utmanande fallen jag har haft har handlat om vad och hur mycket insatser vi ska göra, särskilt när det är rätt att inte initiera full intensivvård. Jag hoppas att kunna jobba mer med detta inom ETOS. ■



Symposium om forskning inom anestesi- och intensivvårdsetik. Foto: Eva Hannerz-Schmidtke



Symposium om behandlingsbegränsningar, från vän till hö: Mattias Schindele, Hanna Sundblad, Helena Toss, Fredrik Hessulf. Foto: Eva Hannerz-Schmidtke



Fredrik Hessulf presenterar den nya riktlinjen om perioperativa behandlingsbegränsningar. Foto: Cechael Sebgothi Sparrfelt



# “What may seem like they are overwhelmed – SYA:s symposieföreläsare

Av Johanna Nilsén ST-läkare anestesi Karlstad Centralsjukhus. Ledamot i SYA, representant i KVASt, johanna.nilsen@regionvarmland.se  
 Emelie Havasi ST-läkare anestesi Varberg. Vice-ordförande SYA, Emelie.havasi@regionhalland.se  
 Maria Clement, överläkare i barnanestesi från Great North Children's Hospital, Newcastle Upon Tyne, UK. Representant från Civility saves lives, maria.clement1@nhs.net

*Vanligt hederligt hyfs och respektfullt bemötande kan tyckas självklart på en arbetsplats. Många är vi emellertid som kan skriva under på att så inte alltid är fallet, särskilt inte i en stressig miljö under press. Den brittiska organisationen Civility Saves Lives, initierad av hälso- och sjukvårdspersonal, lyfter fram hur viktigt ett respektfullt bemötande är för arbetsmiljö och patientsäkerhet. Civility saves lives betonar att god ton och vänlighet i vårdmiljöer inte bara skapar bättre arbetsrelationer utan också direkt påverkar patientutfall och minskar risken för misslag. Under SYA:s symposium på årets SFAI & Anlva-vecka fanns möjlighet att lyssna till Dr Maria Clement, överläkare i barnanestesi från Great North Children's Hospital, Newcastle Upon Tyne, Storbritannien, och tillika representant från Civility saves lives. I samband med anförandet kunde frågor ställas digitalt. Intresset var stort och många funderingar fick lämnas obesvarade. Maria Clement har vänligen besvarat flera av dem skriftligen. SYA anser att ämnet är av allmänt intresse varför svaren publiceras.*

**If someone gets on your nerves and you try to be professional and answer their questions correctly, but their questions are actually dumb (showing a lack of knowledge the person is supposed to have). How can you work around their incompetence and still be respectful?**

Try to think “Be kind.” Also, try to remember that each of us comes to work every day to do the best job we know how, and that each of us is learning every day. We never know what someone else is going through on any given day. What may seem like a

”  
**VANLIGT  
 HEDERLIGT HYFS  
 OCH RESPEKTFULLT  
 BEMÖTANDE  
 KAN TYCKAS  
 SJÄLVKLART PÅ EN  
 ARBETSPLATS.”**

‘dumb’ question, might just be a sign that they are overwhelmed – by stress, fear, illness, or perhaps, maybe even ignorance (nobody knows everything!) – and if you respond in a belittling way, that will only worsen their overwhelm, and dangerously impact their cognitive abilities in the next task or encounter. Instead, take a deep breath, slow down, and smile before you answer, keeping your voice gentle and even. “It is far better that someone feels psychologically safe to ask you a ‘dumb’ question, than they make a potentially catastrophic mistake”.

**As a study director, what can I do to learn more/about all cases? I don't want to encourage colleagues not to resolve the conflict themselves. But otherwise I don't get an overall picture...**

You can send out anonymized ‘Staff Experience’ surveys to all your colleagues at regular intervals. The questions can be generic – e.g. ‘Is our working environment one of kindness and civi-

lity?’ with Likert scale responses. Or the questions can address specific concerns such as the number of episodes of shouting/bullying experienced and/or witnessed. The responses can then be quantified to see where there might be ‘hotspots’ of incivility; and monitored over time to determine whether any Civility interventions are having the desired effect.

**The responsibility of the manager versus the employee to act?**

They both ABSOLUTELY have a responsibility to act. The employee has the responsibility to speak up and support any colleague who is being treated rudely by another colleague, or a patient. The manager has a responsibility to provide support and ensure that all employees are okay after such a difficult experience – the one experiencing bullying, as well as those witnessing it, because everyone is affected. The manager also has the responsibility to role model kindness and civility in the workplace, and to intervene with those employees who repeatedly behave rudely towards others.

**At our hospital, the biggest problem is outside of my own department. The surgeons are doing the most damage, but they are not part of our clinic and therefore outside of my jurisdiction as chief of staff. Do you have any suggestions on how to address the problem outside of your own department on a macro level?**

**We put great focus in our unit on strengthening the team in the operating room, but we have difficulty engaging the surgeons, who are an important part of the team. Do you have any thoughts on how we can get them involved?**

# a 'dumb' question, might just be a sign that - by stress, fear\_ or maybe even ignorance.”

dr Maria Clement besvarar några av publikens frågor

Answering these two questions together since they both pertain to engaging with surgeons.

If the surgeons are not part of one's direct team or department, it is possible to have influence at a macro level by introducing a 'Civility' module into the hospital's mandatory training program. "Leveraging the evidence that incivility leads to patient harm is key to obtaining buy-in from both high-level hospital management and clinical teams- including surgeons". Taking a no-blame approach, where everyone is learning together, teams can also embark on training sessions including i) The evidence for civility as a safety-critical element of high-performing teams; ii) Staff experience

data showing the scale of the local problem with bullying, shouting, and rudeness, and its impact on staff sickness absence and permanent staff attrition rates; iii) 'Civility Simulation' - designed to enable staff to partake in simulated scenarios depicting rudeness in clinical settings, vs kind and compassionate communication, followed by discussions about how staff members felt.

None of these interventions is pointing fingers at any one person or specialty as 'badly behaved', and everyone has the chance to learn, and to choose to grow and change. Most people will react positively to the evidence because they want to deliver safe, high quality patient care.

## How is the patient involved in the team?

When a patient witnesses rudeness between healthcare professionals - or worse yet, experiences rudeness from healthcare professionals - the patient loses faith in their care, and is likely to be less forthcoming about their symptoms. This leads to the patient receiving suboptimal care, then possibly disengaging from accessing healthcare services in the future. We can therefore administer Patient Experience Surveys that include questions to measure the extent to which patients feel that the care they have received (and witnessed) was safe, kind, and civil. ■

## TAASK EXPRESS

1 kursdag. 4st fullskaliga simuleringar *in situ*, handledd återkoppling. Hela 'op-lag': usk, anesthesi- och op-ssk, anestesiläkare, ibland operatör. Alternativt hela 'IVA-lag': usk, IVA-ssk, anestesiläkare, ibland konsulter. En kursfakultet håller i regel 3 kursdagar under en vecka. Nya centra välkomna.

### Träning i Allvarliga Anestesiologiska Situationer och Kriser



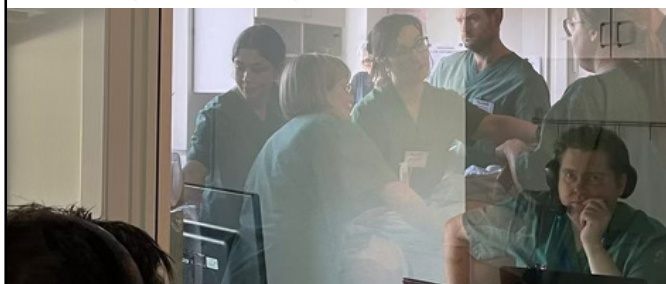
[www.taask.nu](http://www.taask.nu)

- 🇸🇪 TAASK OP Express 18,19,20 Nov 2025 Lund
- 🇸🇪 TAASK IVA Express 21, 22, 23 April 2026 Lund
- 🇸🇪 TAASK OP Express 7,8 Maj 2026 Trelleborg
- 🇸🇪 TAASK OP Express 2,3,4 Juni 2026 Ystad
- 🇸🇪 TAASK OP Express 9,10 Juni 2026\* Reykjavik

\* kursen i Reykjavik hålls på engelska dagen innan samt under första dagen på SSAI kongressen.

Kurser på gång i Malmö, Växjö, Norrköping - se hemsidan!

Sista dag för kursledare att registrera kursdatum för HT26: 1 Mars 2026.



## TAASK MASTERCLASS

Kurs på 3 dagar för specialistläkare, ST-läkare och anesthesi-ssk. Fullskaliga simuleringar. Handledda återkopplingar. Luftvägsworkshop.

### Träning i Allvarliga Anestesiologiska Situationer och Kriser



[www.taask.nu](http://www.taask.nu)

- 🇸🇪 TAASK Masterclass 82 9-11 Dec 2025 Göteborg
- 🇸🇪 TAASK Masterclass 86 20-22 Jan 2026 Stockholm
- 🇸🇪 TAASK Masterclass 87 14-16 April 2026 Göteborg
- 🇸🇪 TAASK Masterclass 89 5-7 Maj 2026 Karlstad

Sista dag för kursledare att registrera kursdatum för HT26: 1 Mars 2026.



## HÖRT & HÄNT!



Inviigningen var sedvanligt pampig, i år med maffig trumkôr som marscherade upp på scenen och visade upp sina färdigheter, innan den lokala organisationskommittén tog vid och hälsade alla besökare välkomna. Foto: Karolina Persson



Årets kongress var välbesökt, över 1400 deltagare var anmälda, vilket märktes inte minst vid invigningsceremonin då stora salen var nästan helt fullsatt. Foto: Karolina Persson



Föreläsningen om koagulation i Utbildningshörnan med Mattias Törnudd från Linköping var så populär att både stolar och golvyta tog slut. Foto: Karolina Persson



Närheten till vattnet gav vackra utsikter. Foto: Karolina Persson



Postersessionerna hölls i år i champagnebaren, och bjöd på ett ytterst varierat utbud av hög kvalitet. Här presenterar Elsa Hägglöf från Karolinska Institutet i Stockholm en studie om könsskillnader i behandlingsbegränsningar på IVA. Foto: Karolina Persson



Att mingla i industrietställningen var som vanligt populärt, sortet var högljutt och minerna glada. Foto: Hilda Ståhl



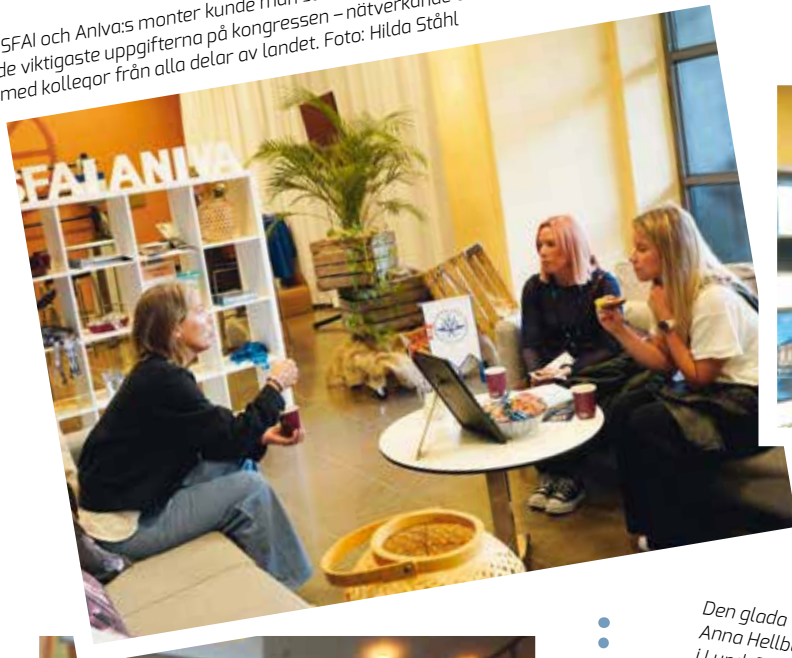


Delar av SYA:s styrelse under onsdagens välkomstmögel.  
Foto: Hilda Ståhl



## HÖRT & HÄNT!

I SFAI och Anlva:s monter kunde man slå sig ner för en kopp kaffe och en av de viktigaste uppgifterna på kongressen – nätverkande och informationsutbyte med kollegor från alla delar av landet. Foto: Hilda Ståhl

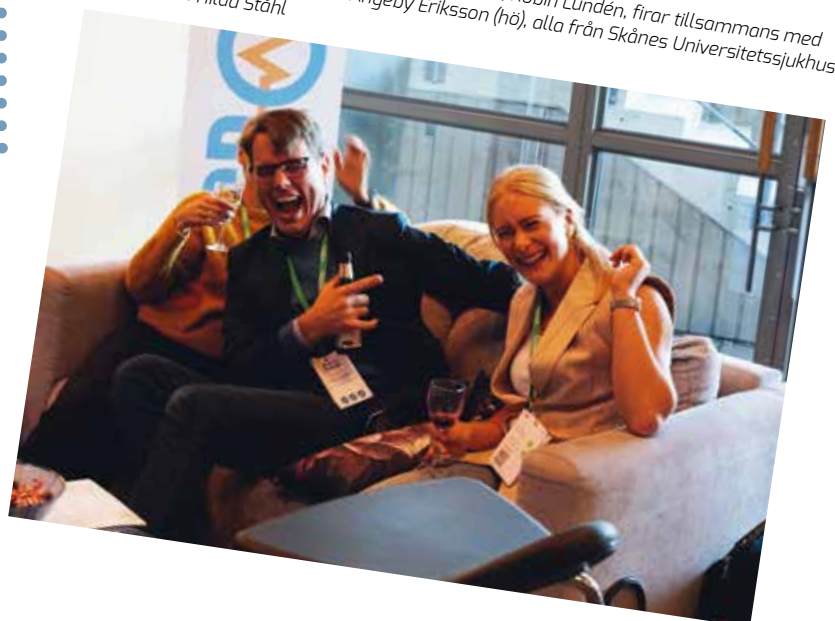


Mellan årsmötet och banketten passade SFAI:s delvis nyvalda styrelse på att ha konstituerande möte. Våra nya styrelsemedlemmar presenterar sig själva kort på näst sista sidan i tidningen. Foto: Karolina Persson



På årets kongress fanns en "photo booth", alltså möjlighet att låta sig fotograferas tillsammans med andra glada mötesdeltagare. Några av dem som tog den chansen var SFAI:s ordförande och vice ordförande, Karin Löwhagen och Amanda Irgum-Liljeström (t h), och Amanda Bäckström (t v) från Helsingborg.  
Foto: Hilda Ståhl

Den glada vinnaren av KVASt:s pedagogiska pris, Robin Lundén, firar tillsammans med Anna Hellblom (vå) och Emilia Angeby Eriksson (hö), alla från Skånes Universitetssjukhus i Lund. Foto: Hilda Ståhl



Som vanligt stod MKON för alla praktiska arrangemang kring kongressen. Här är Malin Nilsson i full färd med att fylla på lösgodisskålen i SFAI & Anlva-montern.  
Foto: Hilda Ståhl



# Välkomna till SFAI & AnIva-veckan 2026 i Stockholm!

Av Malin Fagerlund Jonsson, överläkare, Perioperativ medicin och Intensivvård Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, malin.jonsson.fagerlund@ki.se, ledamot i SFAI:s styrelse

**Varmt välkommen till nästa års SFAI & AnIva-vecka som arrangeras på Stockholm Waterfront – mitt i hjärtat av Stockholm, med utsikt över Riddarfjärden och i direkt närhet till stadens kultur, kommunikationer och puls.**

Temat 2026 knyter an till Nobelpriset och medicinska genombrott – en hyllning till forskning, innovation och de insatser som driver vår unika specialitet framåt. Under veckan väntar ett innehållsrikt vetenskapligt program, lett av både nationella och internationella experter. Vår vision är att kollegor från hela landet och från olika delar av världen möts för att dela kunskap, väcka

nya idéer och tillsammans driva utvecklingen inom vår specialitet framåt.

SFAI & AnIva-veckan handlar inte bara om kunskap, det är också en självklar mötesplats för inspiration och gemenskap. Det sociala programmet blir något utöver det vanliga: här väntar välkända favoriter som SYA-puben och det legendariska Anestesilöpet, tillsammans med nya överraskningar längs vägen. Veckans crescendo blir den traditionsenliga

banketten som innehåller allt du någonsin önskat av en fest. Och förmodligen lite till.

Reservera datumen redan nu (observera att den här gången är det vecka 39 som gäller!) - vi ser fram emot att möta just dig i Stockholm i september 2026! ■

Varmt välkomna!

*Malin Jonsson Fagerlund*  
Kongressgeneral

**Programportalen är öppen fram till den 1 december, så än finns chansen att lämna in förslag på programpunkter till kongressen!**



# Vi fattar – det är svårt!

Av SFULAI:s styrelse, som presenteras med namn och kontaktuppgifter på nästa sida.

**Att genomföra och bedöma hjärtultraljud kräver träning. Kraven på undersökaren ökar när patientens fysiologi påverkas av kritisk sjukdom, ventilatorbehandling och vasoaktiva läkemedel. Många narkosläkare har uppnått basal ultraljudskunskap, men frågan är om det räcker vid handläggning av svårt sjuka patienter jourtid.**

Svensk Förening för UltraLjud i Anestesi och Intensivvård (SFULAI) har definierat en basal nivå för hjärtultraljud som specialistläkare ska behärska<sup>(1)</sup>. Den innebär en kvalitativ bedömning ("eye-balling") och syftar till att upptäcka exempelvis kraftigt nedsatt systolisk funktion, tydlig högerkammarpåverkan eller betydande mängd perikardvätska. Att snabbt identifiera och behandla dessa tillstånd kan vara livräddande. Denna kompetensnivå motsvarar Basic Critical Care Echocardiography<sup>(2)</sup> som accepteras av European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)<sup>(3)</sup>.

På flera håll i landet nås denna nivå via internutbildning eller kurser. Kurserna omfattar ofta två dagar där teori varvas med praktisk träning. Därefter ska deltagaren genomföra ett antal undersökningar som ska godkännas av handledare på hemkliniken. Trots varierande handledartillgång kan denna kompetensnivå uppnås på relativt kort tid.

Nästa nivå, Advanced Critical Care Echocardiography<sup>(2)</sup>, kan uppnås bland annat genom ESICMs egen certifiering: European Diploma in Advanced Critical Care EchoCardiography (EDEC)<sup>(4)</sup>. Ett utbildningsprogram som deltagaren har två år på sig att fullfölja. Sedan införandet 2016 har EDEC genomförts av en handfull svenska läkare – hatten av till er! Europeiska hjärtförbundet erbjuder motsvarande certifiering, främst riktat till kardiologer/fysiologer, men det har också genomförts av enstaka anestesi- och IVA-läkare. SFULAI anser emellertid inte att alla behöver sträva efter avancerad nivå; det är en spetskompetens för särskilt intresserade.

Frågan kvarstår – räcker den basala nivån? För den som går jour inom intensivvård och inte har tillgång till kardiolog eller klinisk fysiolog efter klockan 16 är svaret nej. För er behövs en högre kompetens. Men vilken nivå ska då eftersträvas? En mellannivå, högre än basal men inte avancerad, har beskrivits tidigare<sup>(5)</sup> och framstår enligt oss som ett tilltalande alternativ (**Figur 1**).

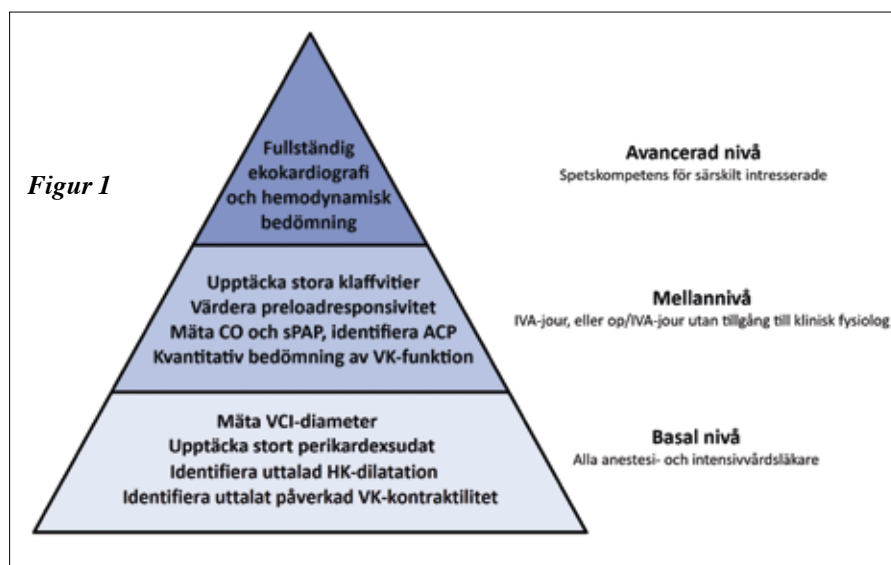
Brittiska Intensive Care Society (ICS) har utvecklat ett utbildningskoncept för en kompetens som avser brygga mellan basal och avancerad nivå och som också tar mer hänsyn till patientens allmänna hemodynamik, än vad konventionell ekokardiografi gör. Konceptet kallas Focused Ultrasound in Intensive Care Haemodynamics (FUSIC HD) och syftar till att besvara ett definierat antal centrala frågor hos den kritiskt sjuka patienten<sup>(6)</sup>.

Bedömningen omfattar förutom basal nivå bland annat slagvolym och vätske-respons, effekter av vasoaktiva läkemedel, grov klaffdiagnostik inklusive färgdoppler, samt identifiering av utflödesobstruktion och tydliga regionala väggrorelsestörningar. Dessutom ingår

att bedöma högersidig kammarfunktion, tryck i lungkretsloppet och tecken till förhöjda fyllnads- eller avflödestryck på organnivå.

Med denna kompetensnivå står man bättre rustad för att kunna identifiera patologier vars upptäckt inte tål att vänta till nästa dag. Kunskapen är också värdefull vid preoperativ bedömning, för en grov klaffbedömning och vid postoperativ svikt. Mer noggrann gradering av klaffel, kammarfunktion och förmaksstorlek är en uppgift för specialister inom området och kan ske dagtid.

För ett tag sedan inledde vi en dialog med ICS om att översätta och tillämpa FUSIC HD i en svensk kontext. Vi bedömer att denna nivå motsvarar vårt behov, och nyttan av utbildningen är adekvat i förhållande till deltagarens insats. Ultraljud är trots allt bara en del, om än en viktig sådan, av den totala kompetensen. En fördel med FUSIC HD är att både det eftersträvade antalet undersökningar och handledarens kompetensnivå är tydligt definierade. Dessutom planeras en e-learningmodul som ska täcka teoridelen och som kommer vara tillgänglig via ICS mot en avgift.



Kunskapspyramid för ekokardiografisk kompetens hos anestesi- och intensivvårdsläkare, efter Cholley<sup>5</sup> med kollegor. Förslag på lämplig nivåindelning enligt SFULAI visas till höger.

CO, cardiac output; sPAP, systoliskt arteria pulmonalis-tryck; ACP, akut cor pulmonale; VK, vänster kammare; HK, höger kammare; VCI, vena cava inferior



**FRÅGAN KVARSTÅR  
– RÄCKER DEN BASALA  
NIVÅN? FÖR DEN SOM  
GÅR JOUR INOM INTENSIVVÅRD OCH INTE HAR  
TILLGÅNG TILL KARDIOLOG  
ELLER KLINISK FYSIOLOG  
EFTER KLOCKAN  
16 ÄR SVARET NEJ.”**

Utbildning på denna nivå ställer dock högre krav på utbildaren, och utbudet av kurser på högre nivå än basal är begränsat. Vi känner endast till en motsvarande kurs för anesthesi- och intensivvårdsläkare, den ges vid Malmö Universitet.

#### Träning

Om alla sjukhus hade erbjudit ekokardiografirandning för narkosläkare hade detta varit en icke-fråga. Tyvärr varierar tillgången på sådana randningar och i vissa regioner saknas möjligheten helt. Om det egna sjukhuset saknar resurser för att ordna utbildningen bör man eftersträva ett regionalt samarbete, till exempel anordna gemensamma utbildningsdagar. För att det ska fungera i praktiken bör det dock finnas en handledare på hemsjukhuset. Gärna en anesthesiolog för att ultraljudskunskapen ska integreras på ett bra sätt i den kliniska verksamheten, men givetvis kan både kardiologer och kliniska fysiologer fungera som handledare. Även om de inte kan erbjuda randning är vår erfarenhet att de gärna bistår med hjälp att granska undersökningar vilket är en fundamental del av utbildningen.

#### Bildlagring

Säker bildlagring är en förutsättning för att kunna granska undersökningar. En av flera fördelar med att hålla utbildning inom regionen är att sjukhusen ofta

delar gemensamma bildlagringssystem (PACS), vilket möjliggör granskning även i de fall när adept och handledare finns på olika orter. Överföring av bilder mellan regioner och olika system, är ofta komplicerat och försvårar däremot effektiv handledning. Många av landets AnOpIVA-kliniker är fortfarande inte anslutna till sjukhusens PACS, trots att alla maskiner kan spara i rätt format (DICOM). För bildlagring vid akuta situationer krävs systemkonfiguration för bokningar utan remiss, vilket är tekniskt möjligt men ibland kräver tillägg. Vi vågar dock hävda att anslutning av en ny klinik till befintliga system är en fråga om vilja hos de som förvaltar systemen snarare än en teknisk sådan. Kontakta systemförvaltaren på ditt sjukhus med önskemål om att få ansluta. Om ni blir nekade får ni gärna maila oss och berätta varför.

#### Sammanfattning och framtid

Modern sjukvård efterfrågar en hög kompetensnivå inom hjärtultraljud, inte minst hos den narkosläkare som arbetar med intensivvård eller större kirurgi. Tröskeln för att uppnå denna kompetens kan kännas hög för den som inte haft möjlighet till ekorandning och vi vill arbeta för att sänka den tröskeln.

Till att börja med behöver vi förtydliga kompetensmål för rätt nivå, där man med en rimlig insats kan uppnå stor nytta. FUSIC HD är tilltalande men kan behöva anpassas efter svenska förhållanden. Det viktigaste arbetet kommer dock behöva göras både på klinik-



**MODERN  
SUKVÅRD  
EFTERFRÅGAR  
EN HÖG KOMPETENS  
NIVÅ INOM  
HJÄRTULTRALJUD.”**

och regional nivå, för att skapa hållbar utbildningsstruktur och tillgång till handledning.

För att underlätta detta arbete vill vi i SFULAI gärna knyta kontakter runt om i landet. Ett nätverk av kollegor som är kompetenta inom hjärtultraljud och intresserade av handledning är vik-



tigt för att kunna diskutera och planera utbildningsupplägg och samarbeten. Känner du dig träffad? Kontakta oss!

*P.S. Tack till er som deltog på workshopen i Norrköping där vi tränade på denna mellannivå av hjärtultraljud. Vi förstod att den var uppskattad och siktar på att hålla liknande även nästa år i Stockholm.*

*Jäv: En styrelseledamot i SFULAI är kursansvarig för ekokardiografikursen vid Malmö Universitet.*

#### REFERENSER

1. SFAI. Appendix till Delmål stC4: Ultraljud [Internet]. Stockholm: SFAI; 2023 [citerad 2025-10-12]. Hämtad från: [https://sfai.se/wp-content/uploads/2023/03/Appendix-stC4-Ultraljud\\_tabell\\_REV23.pdf](https://sfai.se/wp-content/uploads/2023/03/Appendix-stC4-Ultraljud_tabell_REV23.pdf)
2. Mayo PH, Beaulieu Y, Doelken P, Feller-Kopman D, Harrod C, Kaplan A, et al. American College of Chest Physicians/La Société de Réanimation de Langue Française Statement on Competence in Critical Care Ultrasonography. Chest. 2009 Apr;135(4):1050–60.
3. International expert statement on training standards for critical care ultrasonography. Intensive Care Med. 2011 Jul;37(7):1077–83.
4. European Society of Intensive Care Medicine. European diploma in advanced critical care echocardiography [Internet]. ESICM. [uppdaterad 2025-08-21; citerad 2025-10-12]. Hämtad från: <https://www.esicm.org/education/diploma/edec-2/>
5. Cholley BP, Vieillard-Baron A, Mebazaa A. Echocardiography in the ICU: time for widespread use! Intensive Care Med. 2006 Jan;32(1):9–10.
6. Miller A, Peck M, Clark T, Conway H, Olusanya S, Fletcher N, et al. FUSIC HD. Comprehensive haemodynamic assessment with ultrasound. J Intensive Care Soc. 2022 Aug;23(3):325–33.

**Manusstopp för SFAI-tidningen nr 1 2026 är 12 januari**  
Glöm inte att skicka in material i god tid till: [tidningen@sfai.se](mailto:tidningen@sfai.se)

# SFULAI:s styrelse 2025



**Hampus Edgren**  
*Ordförande*

ANOPIVA Universitetssjukhuset i Linköping,  
Specialistläkare, MD, DESAIC  
hampus.edgren@regionostergotland.se



**Carl Jensen**  
*Vice Ordförande*

AnOpIVA NU-sjukvården, Specialistläkare  
carl.jensen@vregion.se



**Mårten Renberg**  
*Ledamot*

Perioperativ Medicin och Intensivvård,  
Karolinska Universitetssjukhuset Solna,  
Specialistläkare, PhD, DESAIC



**Jakob Zeuchner**  
*Kassör*

Norrköping, Specialist anestesi och  
intensivvård, ST läkare klinisk fysiologi



**Claudia Seiler**  
*Sekreterare*

OP/AN/IVA Falu Lasarett, Överläkare,  
MD, DESA



**Lill Blomqwist**  
*Ledamot*

IPV SUS Malmö, Överläkare, MD, PhD,  
EDA, EDIC



**Petter Wilander,**  
*Ledamot, representant för utbildning*

Anestesikliniken Halmstad, Överläkare,  
Specialist akutsjukvård, DESA



## Koncentrationsbestämning av betalaktamantibiotika inom intensivvården

Av Edvin Ingberg, specialistläkare infektionssjukdomar, Universitetssjukhuset Örebro och

Johan Petersson, överläkare anestesi och intensivvård, Karolinska universitetssjukhuset, [johan.petersson@regionstockholm.se](mailto:johan.petersson@regionstockholm.se)

**RAF, referensgruppen för antibiotikafrågor, är en nationell multidisciplinär grupp med medlemmar som utsetts av bland annat svenska infektionsläkarföreningen, föreningen för klinisk mikrobiologi, barnläkarföreningen, svensk förening för allmänmedicin med flera. Gruppens arbete resulterar bland annat i rekommendationer som publiceras på hemsidan ([www.sls.se/raf](http://www.sls.se/raf)).**

En av oss (JP) är sedan flera år med i RAF på uppdrag från SIS/SFAI. RAF inkluderar varje år RAF-praktikanter som deltar i arbetet under ett år och dessutom sammanställer en rapport kring en aktuell antibiotikarelaterad frågeställning. Nedan refereras kort en praktikantrapport om koncentrationsbestämning av betalaktamantibiotika inom intensivvården, skriven av EI under hans år som RAF-praktikant.

### Bakgrund

För individanpassad dosering av betalaktamantibiotika används ibland koncentrationsbestämning i plasma eller serum (therapeutic drug monitoring; TDM). Inte minst diskuteras detta för kritiskt sjuka patienter som ofta har avvikande farmakokinetik på grund av förskjutningar mellan kroppens vätskerum, förändrad proteinbindning, ökad och minskad glomerulär filtration (augmented renal clearance, ARC, respektive akut njursvikt), njurersättningsbehandling och ECMO. Till exempel korrelerar ARC, ofta definierat som

kreatininclearance  $>130 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ , med låga koncentrationer av antibiotika som elimineras via njurarna <sup>[1]</sup>. Effekten av betalaktamer korrelerar bäst med hur stor del av dosintervallet den fria koncentrationen överstiger minsta inhibitoriska koncentrationen (% fT>MIC). Den % fT>MIC man siktar på kallas farmakodynamiskt target och i vilken utsträckning man uppnår detta refereras till som target attainment. Diskussionen om värdet av TDM har främst handlat om risken för underdosering men riskerna med överdosering och dosberoende biverkningar, inte minst neurotoxicitet, har fått ökad uppmärksamhet de senaste åren <sup>[2]</sup>. Över lag saknas TDM-studier som påvisat positiva effekter på utfallsmått som överlevnad eller vårdtid samtidigt som publicerade studier är för små för att utesluta sådana effekter. Utfallsmåttet i studierna är som regel andelen patienter som uppnår ett utvalt koncentrationsmål. Tolkningen av litteraturen försvåras dock av att det saknas konsensus avseende dels vilket farmakodynamiskt target man ska sikta på, dels vilket MIC-värde man ska utgå ifrån. Detta betyder till exempel att samma värden för antibiotikakoncentration i olika studier kan motsvara olika target attainment.

Fyra små (totalt n=721) RCT har undersökt värdet av TDM för betalaktamer inom intensivvården <sup>[3-6]</sup>. I tre av dessa uppnåddes signifikant bättre target attainment, men ingen av studi-

erna kunde påvisa någon signifikant effekt gällande något kliniskt eller mikrobiologiskt utfall. Två av studierna som uppnådde bättre target attainment med TDM rapporterade kliniska utfall mer detaljerat och båda visade på en numerisk fördel för TDM-gruppen i alla utfallsmått, inklusive mortalitet <sup>[3,5]</sup>, men skillnaderna var inte statistiskt signifikanta. Detta kan vara en signal om att TDM har potential att leda till förbättrad behandling, men att studierna varit för små för att kunna säkerställa signifikanta effekter. Andra svagheter i studieuppläggen, med fördröjd och otillräcklig target attainment som resultat, kan också ha bidragit till undervärdering av den kliniska nyttan med TDM.

### Slutsatser

Sammanfattningsvis är litteraturen begränsad gällande värdet av TDM för betalaktamer hos kritiskt sjuka patienter. Ingen svensk nationell riktlinje finns och uppfattningen är att användningen av TDM varierar stort. Vissa internationella riktlinjer rekommenderar TDM rutinmässigt <sup>[7,8]</sup> medan andra är mer restriktiva <sup>[9,10]</sup>. RAF:s bedömning i rapporten är att det i nuläget inte finns tillräckligt stöd för att rekommendera TDM som klinisk rutin vid behandling med betalaktamantibiotika inom intensivvården, men att frågan är otillräckligt studerad. TDM bör dock redan nu övervägas till vissa patientgrupper med större förväntat värde. Till exempel vid behandling av bakterier

**Skicka gärna in referat av dina vetenskapliga arbeten för publicering här i SFAI-tidningen. Skicka till: [tidningen@sfa.se](mailto:tidningen@sfa.se)**

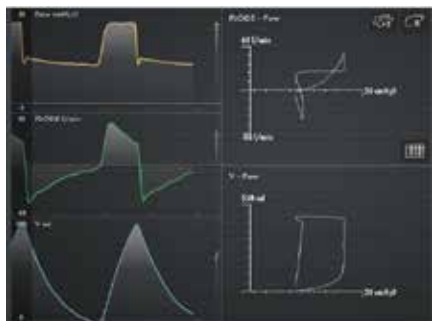
med högt MIC, svåråtkomliga infektionsfokus eller vid kraftigt avvikande farmakokinetik, som exempelvis augmented renal clearance, svår njursvikt eller grav obesitas. När TDM används är det viktigt att tänka på hur uppmätt koncentration tolkas, det vill säga utifrån vilket MIC-värde och jämfört med vilket farmakodynamiskt mål. Ytterligare ett argument för ökad användning av TDM är risken för toxicitet. Även om underlaget för vilka koncentrationer som medför toxicitet är bristfälligt kan TDM identifiera när koncentrationen är signifikant högre än vad som ger bästa behandlingseffekt. Kontakt med specialister inom klinisk farmakologi, klinisk mikrobiologi och infektionsjukdomar rekommenderas vid behov.

Hela RAF-rapporten hittas här: <https://forening.sls.se/media/vtqej1lh/koncentrationsbestamning-av-betalaktamantibiotika-inom-intensivvarden-edvin-ingberg-1.pdf>

## REFERENSER

- Huttner, A., et al., Augmented renal clearance, low beta-lactam concentrations and clinical outcomes in the critically ill: an observational prospective cohort study. *Int J Antimicrob Agents*, 2015. 45(4): p. 385-92.
- Zeribib, Y., et al., Neurological burden and outcomes of excessive beta-lactam serum concentrations of critically ill septic patients: a prospective cohort study. *J Antimicrob Chemother*, 2023. 78(11): p. 2691-2695.
- De Waele, J.J., et al., Therapeutic drug monitoring-based dose optimisation of piperacillin and meropenem: a randomised controlled trial. *Intensive Care Med*, 2014. 40(3): p. 380-7.
- Fournier, A., et al., Impact of Real-Time Therapeutic Drug Monitoring on the Prescription of Antibiotics in Burn Patients Requiring Admission to the Intensive Care Unit. *Antimicrob Agents Chemother*, 2018. 62(3).
- Hagel, S., et al., Effect of therapeutic drug monitoring-based dose optimization of piperacillin/tazobactam on sepsis-related organ dysfunction in patients with sepsis: a randomized controlled trial. *Intensive Care Med*, 2022. 48(3): p. 311-321.
- Ewoldt, T.M.J., et al., Model-informed precision dosing of beta-lactam antibiotics and ciprofloxacin in critically ill patients: a multicentre randomised clinical trial. *Intensive Care Med*, 2022. 48(12): p. 1760-1771.
- Guilhaumou, R., et al., Optimization of the treatment with beta-lactam antibiotics in critically ill patients-guidelines from the French Society of Pharmacology and Therapeutics (Societe Francaise de Pharmacologie et Therapeutique-SFPT) and the French Society of Anaesthesia and Intensive Care Medicine (Societe Francaise d'Anesthesie et Reanimation-SFAR). *Crit Care*, 2019. 23(1): p. 104.
- Abdul-Aziz, M.H., et al., Antimicrobial therapeutic drug monitoring in critically ill adult patients: a Position Paper(). *Intensive Care Med*, 2020. 46(6): p. 1127-1153.
- Evans, L., et al., Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Crit Care Med*, 2021. 49(11): p. e1063-e1143.
- Hong, L.T., et al., International consensus recommendations for the use of prolonged-infusion beta-lactam antibiotics: Endorsed by the American College of Clinical Pharmacy, British Society for Antimicrobial Chemotherapy, Cystic Fibrosis Foundation, European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Infectious Diseases Society of America, Society of Critical Care Medicine, and Society of Infectious Diseases Pharmacists. *Pharmacotherapy*, 2023. 43(8): p. 740-777.

## ST kurs i Ventilatorbehandling Akademiska sjukhuset, Uppsala 23-27 mars 2026



Grundläggande fysikbegrepp, lungfysiologi, lungfunktion och lungmekanik samt ingående genomgångar om funktioner och moder vid olika ventilationstekniker och sjukdomstillstånd.

### Sista ansökningsdag 31 december 2025

Kursavgift 11.500 kr + moms.

Anmälan via denna länk (Mkon, Malmö)

<https://mkon.nu/ventilatorbehandling/anmalningsformular>

Välkomna!

Gaetano Perchiazzi: [gaetano.perchiazzi@uu.se](mailto:gaetano.perchiazzi@uu.se)

Christian Rylander: [christian.rylander@uu.se](mailto:christian.rylander@uu.se)

## TRAUMARESUSCITERING Stockholm 20-23 april 2026

Karolinska Universitetssjukhuset

För ST-läkare och specialister inom anestesi och intensivvård, kirurgi, ortopedi samt akutsjukvård.

Anmälan senast  
2026-03-01  
[www.traumarummet.se](http://www.traumarummet.se)

Kursavgift  
13 000 sek exkl. moms

Foto: Felix Gerlach

### Innehåll

Kursen ger en teoretisk och praktisk genomgång av multidisciplinär handläggning av traumapatienter med fokus på resuscitering. Centrala teman är luftvägshantering, massiv traumatisk blödning, initial diagnostik och åtgärder för att stabilisera patienten. Undervisningen sker i form av interaktiva föreläsningar och praktiska workshops, exempelvis kirurgisk luftvägshantering på biologiska preparat, FAST-ultraljud och thoraxdränläggning.

**Kursledare:** Bjarni Arnason, Staffan Olheden, Pierre Sundin

### Kursadministration

Cecilia Kallin

[cecilia.kallin@regionstockholm.se](mailto:cecilia.kallin@regionstockholm.se)

**KAROLINSKA**  
UNIVERSITETSSJUKHUSET

# HUR DET VERKLIGEN FUNGERAR

En kurs i anesthesiologisk farmakologi

4-6 maj, 2026

Ersta Konferenscenter, Stockholm



En farmakologikurs skräddarsydd för anestesiologer, både ST och erfarna specialister.

Hur fungerar egentligen receptorer, jonkanaler, second messengers, inward rectifying potassium channels.... Behöver jag kunna så mycket cellbiologi för att få mitt induktionsmedel att bita? Vad säger det oss att fentanyl har en terminal halveringstid på åtskilliga timmar? Vilka är de nyare farmakokinetiska begreppen som beskriver egenskaperna hos läkemedel i anesthesiologisk verksamhet? Är de rent av enklare än de traditionella?

Upprinnelsen till denna kurs var att initiativtagarna länge önskat att själva få gå en sådan. Karolinska Institutet, Karolinska Universitetssjukhuset och SFAI riktar sig till dig som är nyfiken på vad man idag vet om "HUR DET VERKLIGEN FUNGERAR". Ambitionen är att ge en djup insikt utan att det krävs omfattande förkunskaper och utan att det blir så torrt och tråkigt som klassisk farmakologi ibland framställs.

Dag 1: Basala farmakologiska principer för hur droger verkar.  
Dag 2: Anesthesiologisk farmakologi i perifera nervsystemet.  
Dag 3: Anesthesiologisk farmakologi i centrala nervsystemet.

Anmälan senast 31 mars 2026.  
Vid fullsatt kurs stänger anmälan tidigare. [www.hurdetverkligenfungerar.se](http://www.hurdetverkligenfungerar.se)

Vid frågor kontakta Cecilia Kallin  
[cecilia.kallin@regionstockholm.se](mailto:cecilia.kallin@regionstockholm.se)  
Perioperativ Medicin och Intensivvård,  
Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Pris exkl. moms: 10.000 SEK för SFAI-medlem  
11.000 SEK för icke medlem.

Lars I Eriksson & Malin Jonsson Fagerlund

[www.hurdetverkligenfungerar.se](http://www.hurdetverkligenfungerar.se)

# SFOAI

## Vårsmöte 2026

### SFOAI Vårsmöte 2026

#### När

- 20 – 21 maj 2026
- Vi börjar med lunch onsdag kl 12.00.
- Vi slutar på torsdag kl 16.00.

#### Var

- Högberga gård
- <https://hogberga.se>

#### Hur

- Med professor **Rachel Kearns**, Glasgow och docent **Nicolas Brogly** Madrid med flera.
- **Innehåll:** What's New, "EDA morbiditet och outcome", "Failing epidural", Pågående forskning, Mödradödlighet 2025, Patientfall, överraskningar!
- **Anmälan** SFAI kursportal senast 1/3 2026.
  - Kursportal: <https://portal.sfai.se>
  - Medlemmar 7 300 kr + moms
  - Icke medlem 7 500 kr + moms
  - Frågor: [asa.aldergard@regionvarmland.se](mailto:asa.aldergard@regionvarmland.se)

**38<sup>th</sup> SFAI**  
Finding the balance

## Welcome to Reykjavik, Iceland

10-12 June 2026



[www.sfaiforum.com/2026/10](http://www.sfaiforum.com/2026/10)

### Kurs i thoraxanestesi och intensivvård

Datum: 2-6 mars 2026

Plats: Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm



#### Kursledare

Martin Slettengren  
PMI FO Hjärta och Lungor  
[martin.slettengren@regionstockholm.se](mailto:martin.slettengren@regionstockholm.se)

#### Kursadministratör

Cecilia Kallin  
[cecilia.kallin@regionstockholm.se](mailto:cecilia.kallin@regionstockholm.se)

#### Målgrupp

ST-läkare i anestesi, kardiologi och thoraxkirurgi. Intresserade specialister är också välkomna.

#### Innehåll

Introduktionskurs till thoraxanestesi och intensivvård, fokus ligger på centrala begrepp såsom perfusion och kanylering, akuta tillstånd och komplikationer, avancerad hjärtsviktsbehandling, ECMO, enlungeventilation, hjärt-lungräddning efter hjärtkirurgi och transesofagealt eko. Vi repeterar också inledningsvis kardiovaskulär anatomi, fysiologi och farmakologi.

#### Delmål

Enligt 2015 års författning: b3, c1, c2, c3, c4, c5, c6, c8, c9, c11  
Enligt 2021 års författning: c1, c2, c3, c4, c5, c6, c8, c9, c11, c13

#### Avgift

13 000 exkl. moms.

Anmälan senast 2026-01-11

[www.thoraxkursen.se](http://www.thoraxkursen.se)



# KALENDARIUM

**Vi försöker alltid få med det senaste i kalendariet  
– men för säkerhets skull, håll utkik efter uppdateringar på  
[www.sfai.se](http://www.sfai.se)**

**Akut nefrologi & dialys inom intensivvård 2025**  
**Datum:** 3–5 dec, 2025  
**Plats:** Karolinska Universitets-sjukhuset, Solna

**ST-kurs Obstetrisk anestesi**  
**Datum:** 8–11 dec, 2025  
**Plats:** Södersjukhuset Stockholm

**TAASK Masterclass 82 Göteborg**  
**Datum:** 9–11 dec, 2025  
**Plats:** KTC, Östra Sjukhuset

**Kurs i ekokardiografi och lungultraljud inom anestesi och intensivvård 2026**  
**Datum:** 19 jan–10 apr, 2026  
**Plats:** Campus Malmö Universitet

**TAASK Masterclass 86 Stockholm (Swedish)**  
**Datum:** 20–22 Jan, 2026  
**Plats:** CAMST Huddinge

**Sweden Liver Week**  
**Datum:** 2–4 Feb, 2026  
**Plats:** Ingenjörshuset, Stockholm

**Kurs i thoraxanestesi och intensivvård**  
**Datum:** 2–6 mar, 2026  
**Plats:** Karolinska Universitets-sjukhuset, Solna

**Akuta förgiftningar**  
**Datum:** 9–12 mar, 2026  
**Plats:** Uppsala

**ST kurs i Ventilatorbehandling 2026**  
**Datum:** 23–27 Mar, 2026  
**Plats:** Uppsala

**Neuroanestesi och Neuro-intensivvård 2026**  
**Datum:** 23–27 Mar, 2026  
Linköping

**Grundläggande Intensivvårdskurs 2026**  
**Datum:** 13–16 Apr, 2026  
**Plats:** Akademiska sjukhuset Uppsala

**TAASK Masterclass 87 Göteborg (Swedish)**  
**Datum:** 14–16 Apr, 2026  
**Plats:** KTC, Östra Sjukhuset

**Traumaresuscitering 2026**  
**Datum:** 20–23 Apr, 2026  
**Plats:** Karolinska Universitets-sjukhuset, Solna

**SK-kurs i barnanestesi och barnintensivvård**  
**Datum:** 20–23 Apr, 2026  
**Plats:** Lund

**Hur det verkligen fungerar 2026**  
**Datum:** 4–6 May, 2026  
**Plats:** Ersta Konferenscenter, Stockholm

**Göteborgskursen, ST-kurs i Obstetrisk anestesi**  
**Datum:** 4–7 may, 2026  
**Plats:** Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

**TAASK Masterclass 89 Karlstad (Swedish)**  
**Datum:** 5–7 May, 2026  
**Plats:** KTC, Centralsjukhuset, Karlstad

**Prehospital akutsjukvård för läkare/CrEM**  
**Datum:** 18–22 may, 2026  
**Plats:** Göteborg

**SFOAIs Vårmöte 2026**  
**Datum:** 20–21 May, 2026  
**Plats:** Högberga gård, Lidingö

**Leading for Change**  
**Datum:** 25 Sep, 2025–22 May, 2026  
**Plats:** Karolinska Universitets-sjukhuset, Solna

**Skånekursen i obstetrisk anestesi**  
**Datum:** 28 Sep–1 Oct, 2026  
**Plats:** Skånes universitets-sjukhus, Lund

**ST-kurs i allmän intensivvård**  
**Datum:** 19–23 Oct, 2026  
**Plats:** Skånes Universitets-sjukhus, Lund

# Styrelsen för Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård

Denna information kommer fortsättningsvis endast att finnas på SFAI:s hemsida, [www.sfai.se/sfai/sfai-tidningen/](http://www.sfai.se/sfai/sfai-tidningen/)



## ORDFÖRANDE

**Karin Löwhagen**, Med Dr, Överläkare, Verksamhetschef  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal  
Tel: 031-342 10 00

E-post: [karin.lowhagen@vgregion.se](mailto:karin.lowhagen@vgregion.se)

Inledde sin bana med specialistutbildning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och disputerade 2010 vid Sahlgrenska Akademien med en klinisk avhandling om mekanisk ventilation med fokus på lungrekyteringsmanövrar och optimalt PEEP på lungsviktade patienter på IVA samt på patienter med morbid obesitas som genomgick kirurgi. Är specialistläkare sedan 2006, därefter arbetat kvar på Sahlgrenska, mestadels på IVA, varit medicinskt ledningsansvarig läkare på Postoperativa intensivvårdsavdelningen, har gått SSAI:s utbildningsprogram inom intensivvård. Efter att ha gått VGR:s chefkandidatprogram arbetat som sektionschef SU/Mölndal 2017-april 2021. Sedan dess verksamhetschef SU/Mölndal. Sitter också i styrelsen för Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).



## VICE ORDFÖRANDE

**Amanda Irgum Liljeström**, specialistläkare, Anestesi,  
Operation och IVA Umeå, Norrlands universitetssjukhus,  
Region Västerbotten  
Tel: 090-786 47 61, 0727-45 55 72

E-post: [amanda.irgum@regionvasterbotten.se](mailto:amanda.irgum@regionvasterbotten.se)

Född och uppvuxen i Umeå. Läkarexamen vid Umeå Universitet, AT-utbildning vid Örnsköldsviks sjukhus och specialistutbildning vid Örnsköldsviks sjukhus, Norrlands universitetssjukhus och Barn PMI på Astrid Lindgrens barnsjukhus. Alltid varit intresserad av ledarskap och fortbildning och sedan 2021 ST-studierektor vid Anestesi, Operation & IVA Umeå. Yrkesmässigt främst intresserad av pediatrisk anestesi, intensivvård och akut anestesi.



## VETENSKAPLIG SEKRETERARE

**Karin Björnström Karlsson**, överläkare ANOPIVA, Linköping  
Tel: 0736-21 73 92

E-post: [karin.bjornstrom.karlsson@regionostergotland.se](mailto:karin.bjornstrom.karlsson@regionostergotland.se)

Läste läkarprogrammet i Linköping, följt av AT och sedan ST. Disputerade 2003 på en avhandling avseende cellulära effekter av anestesimedel. Arbetat fackligt inom Läkarförbundet sedan studietiden både landstingskommunalt och inom SACO-S. Stort intresse för utbildningsfrågor vid sidan av forskningen.



## LEDAMOT

**Owain Thomas**, överläkare, Thoraxanestesi, Lund.  
Tel: 0709-21 08 32

E-post: [owain.thomas@cantab.net](mailto:owain.thomas@cantab.net)

Läste vid Jesus College, Cambridge samt i Lund. AT i Karlskrona. ST i Lund/Blekinge/ Whangarei, NZ 2008-2012. Disputerad (perioperativ koagulation) 2016. Tidigare ordförande för SYA. Initiativtagare till TAASK Masterclass. Sitter i SFAI:s utbildningsnätverk samt arbetsgruppen för SFAI:s Check-listmanual samt uppguppen för SVPortalen.



## SYA-REPRESENTANT

**Cecheal Sebghati Sparrfelt**, ST-läkare på Karolinska  
Universitetssjukhuset Huddinge

E-post: [cecheal.sebghati-sparrfelt@regionstockholm.se](mailto:cecheal.sebghati-sparrfelt@regionstockholm.se)

Började läkarbanan i studentstaden Uppsala, flyttade därefter tillbaka till hemstaden Stockholm för AT och ST. Har alltid haft ett brinnande intresse för anestesi och intensivvård. Fackligt engagerad i SYLF Stockholm och Karolinskas Läkarförening. Är SYA:s representant i SFAI:s styrelse samt i NYA (Nordic Young Anaesthesiologists committée) och ESAIC NTR (National Trainee Representatives). Sitter även som ledamot i styrelsen för SFAI:s delförening SFLPA. Har ett stort intresse för utbildningsfrågor, effektivisering och internationella kontaktpunkter.



## AKADEMISK REPRESENTANT

**Emma Larsson**, Perioperativ medicin och intensivvård,  
Karolinska sjukhuset, Stockholm

E-post: [emma.ca.larsson@regionstockholm.se](mailto:emma.ca.larsson@regionstockholm.se)

Jag är född och uppvuxen i Linköping, men gick läkarprogrammet vid Karolinska Institutet. Jag genomförde min AT på Karolinska Universitetssjukhuset och disputerade 2010. Därefter gjorde jag min ST på PMI, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, där jag fortfarande är verksam och nu arbetar som överläkare, främst på IVA. Sedan 2020 är jag docent i anestesi och intensivvård. Jag har deltagit i SSAI:s utbildningsprogram inom intensivvård och har under flera år ingått i styrgruppen för SIR.



## LEDAMOT, ordförande KVA

**Marco Schuster**, Specialistläkare i Anestesi och intensivvård,  
Capio Ortopediska Huset, Stockholm

E-post: [marco.schuster@capio.se](mailto:marco.schuster@capio.se)

Läkarutbildning på FAU Erlangen/Nürnberg och examen på LMU München 2003. AT och ST på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Specialistläkare i Anestesi och intensivvård sedan 2010. EDAIC 2015. Arbetat på Södersjukhuset i Stockholm sedan 2011, överläkare sedan 2017. Varit ST-studierektor och Sektionschef ST-läkare i 10 år. Ledamot i KVA sedan 2020 och ordförande sedan januari 2023. SPUR-inspektör och tf. nationell SPUR-samordnare. Stort intresse för ST-utbildning, handledning och bedömning av klinisk kompetens. Verksam som narkosläkare på Capio Ortopediska Huset i Stockholm.



## FACKLIG LEDAMOT

**Eva Hannerz Schmidtke**, Bitr. överläkare anestesi och intensivvård,  
ANOPIVA, Akademiska Sjukhuset, Uppsala.

Tel: 018-6171215

E-post: [eva.schmidtke@akademiska.se](mailto:eva.schmidtke@akademiska.se)

Med rötterna på Västkusten studerade jag i Göteborg för att sen göra AT och ST i Gällivare samt Umeå. I Västerbotten blev jag specialist 2005, där grundlades mitt stora intresse för intensivvård. Jag kom till Uppsala 2013 och har fortsatt inom Intensivvårdssektionen. Initialt även verksam inom Luftburne intensivvård. Nu är jag utbildningssamordnare för våra specialistläkare. Jag har ett stort intresse för handledning samt fortbildning, och för etik. Detta får jag utlopp för inom SFAI:s delförening för etik där jag är ordförande, och jag är även ledamot i Etikdelegationen inom SLS.



## SKATTMÄSTARE

**Henrik Jörnvall**, Överläkare, Med Dr, EDAIC,  
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

E-post: [henrik@jornvall.se](mailto:henrik@jornvall.se)

Föddes, läkarutbildades, disputerade (inom molekylär neurobiologi), gjorde AT och specialistutbildades på Karolinska i Stockholm. Efter specialistexamen 2008 arbetat mest inom obstetrik (MLA 2013-2024) samt akut och trauma. Även verksam inom prehospital läkarbemannad enhet sedan 2011 och har även gjort tio uppdrag med Läkare utan gränser: först Nigeria 2008 och senast Ukraina 2022. Sitter även i styrelsen för SFOAI, den obstetriska delföreningen i SFAI. I övrigt engagerad sedan start i Life Support Foundation (en samlingsstiftelse för att förbättra vården för kritiskt sjuka i lägresursländer) samt LogEze (ett digitalt registreringsverktyg för bland annat anestesiloger)."



## LEDAMOT, redaktör för SFAI-tidningen

**Karolina Persson**, specialistläkare  
Verksamhetsområde Intensiv- och perioperativ vård,  
Skånes Universitetssjukhus Lund, Getingevägen 4, 222 41 Lund  
Tel: 046-17 42 51

E-post: [karolina.x.persson@skane.se](mailto:karolina.x.persson@skane.se)

Född i Västergötland men uppvuxen i Skåne. Läst medicin i Lund och efter vikariat och AT i Trelleborg och Landskrona gjort ST på SUS med huvudplacering i Lund. Färdig specialist sedan 2014. Hjärtat klappar starkt för luftvägs- hantering och ÖNH-anestesi, där jag påbörjat klinisk forskning. Andra områden som också intresserar är preoperativ riskbedömning och optimering samt utbildnings- och arbetsmiljöfrågor.



## LEDAMOT

**Fredrik Hammarskjöld**, Överläkare, Docent, Operations och Intensiv-  
vårdskliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

E-post: [fredrik.hammarskjold@rj.l.se](mailto:fredrik.hammarskjold@rj.l.se)

Uppvuxen på Op/ IVA kliniken i Jönköping sedan 1993. Blev specialist 1998 och gick därefter SSAI:s första intensivvårdsläkarprogram. Klinisk inriktning har huvudsakligen varit inom intensivvård och käraccess. Disputerade 2013 i ämnet förebyggande av infektioner relaterade till intravasala katetrar. Blev Docent 2022 vid Linköpingsuniversitet. Klinisk lektor 2021-2023. Bedriver huvudsakligen forskning inom käraccess, vårdhygien och Covid-19. Sammanställande i gruppen för Central venkateterisering i SFAI och skriver flera lokala och nationella riktlinjer. Fritiden tillbringas i norra Bohuslän och som basketdomare.

## SFAI söker utbildningsansvariga läkare

SFAI:s arbete med fortbildning fortskrider och utbildningsgruppen vill komma i kontakt med utbildningsansvariga läkare inom anestesi och intensivvård i landet. Maila till [anders.silfver@rvn.se](mailto:anders.silfver@rvn.se)





Posttidning B  
Returadress:  
SFAI  
c/o MKON  
Norra Vallgatan 16  
211 25 Malmö

AVS. Grafiskgruppen AB, Malmö

# SFAI & Anliva **veckan**



● 23-25 september

---

## STOCKHOLM 2026

*Boka din plats till din bästa vecka i livet*